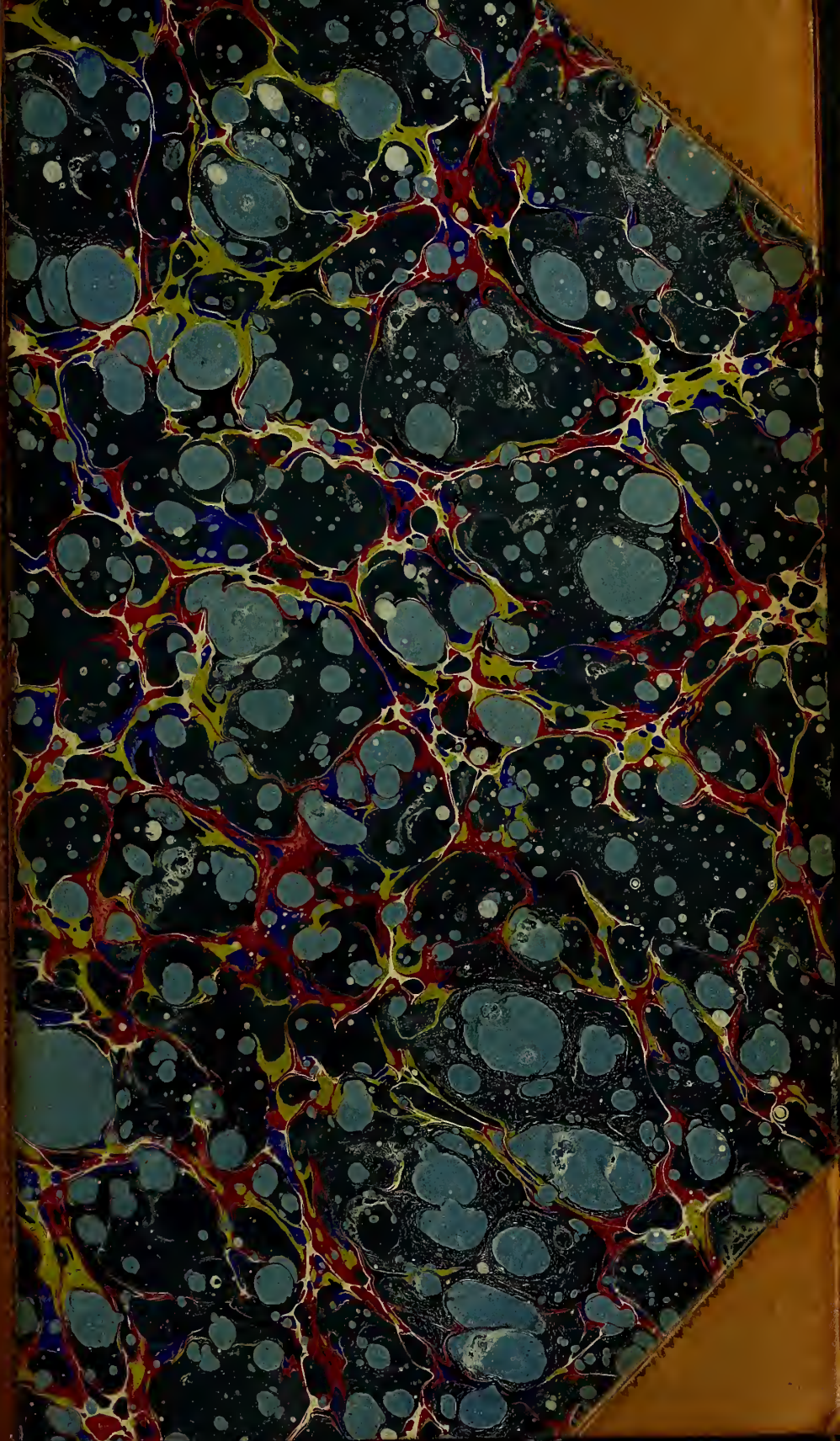


Fc #7.40

R52404

Digitized by the Internet Archive
in 2015

https://archive.org/details/b21918624

LA

# DYSTOCIE SIMPLIFIÉE

---

## GUIDE PRATIQUE DE L'HOMME DE L'ART

DANS LES

ACCOUCHEMENTS DIFFICILES ET DANGEREUX.

(Extrait des *Annales de la Société médico-chirurgicale de Liége.*)

LA

# DYSTOCIE SIMPLIFIÉE

## GUIDE PRATIQUE DE L'HOMME DE L'ART

DANS LES

ACCOUCHEMENTS DIFFICILES ET DANGEREUX

PAR

le Dr HAMON DE FRESNAY,

Professeur libre d'accouchements, membre correspondant de la Société médico-chirurgicale de Liége, à Paris.

ROYAL COLLEGE OF PHYSICIANS, EDINR.
LIBRARY

LIÉGE,
IMPRIMERIE H. VAILLANT-CARMANNE,
Rue St-Adalbert, 8.

1878

# INTRODUCTION.

Les manuels, les traités d'accouchements abondent dans la bibliographie obstétricale ; cependant, chaque jour en voit naître de nouveaux. Loin de moi la pensée de contester l'utilité de ces ouvrages, où se trouvent magistralement exposés les préceptes de l'art. Tous, cependant, à mes yeux, sont passibles d'un reproche. Ils traitent de diverses questions qui n'ont que l'afférence la plus éloignée avec l'art des accouchements proprement dit. Il n'est pas de livre sur la matière, fût-ce même le plus modeste manuel, qui ne consacre un plus ou moins grand nombre de pages à des descriptions anatomiques, à l'ovologie, à la pathologie de la grossesse, à la lactation, voire même à la vaccination. Or, je le demande, en présence d'une difficulté tocologique, de quelle utilité sont, pour le praticien, toutes ces questions accessoires ?

Je reconnais le premier la raison d'être, l'utilité de ces ouvrages au grand complet. Mais ce que j'affirme aussi, c'est que l'homme de l'art tirerait un bien plus grand profit d'un livre dans lequel tant de pages, inutiles à un moment donné, alors qu'il s'agit de faire acte d'initiative, seraient utilisées dans un sens exclusivement pratique. Ainsi conçu, sous un volume égal, voire même inférieur, de tels ouvrages, uniquement consacrés à l'obstétrique militante, rendraient aux praticiens de bien plus grands services.

Il n'est venu, jusqu'ici, à l'esprit d'aucun accoucheur d'entreprendre une œuvre dont l'utilité me paraît incontes

table. C'est ce *desideratum* que je me propose aujourd'hui de combler dans la mesure de mes forces. Je ne me fais aucune illusion. Je resterai bien au-dessous de ma tâche. Mais ne ferais-je que jeter un simple jalon, que je ne croirais pas qu'un tel travail soit sans porter quelques fruits. D'autres, après moi, reprendront cette idée et sauront fertiliser un terrain que je n'aurai fait que défricher.

J'ai encore un autre but en traçant ces lignes.

Je n'ai nullement la pensée de considérer la dystocie comme un mot vide de sens. J'ai même de trop bonnes raisons pour qu'il me soit permis d'affirmer le contraire. Mais, ce que je ne crains pas de certifier, c'est que beaucoup de difficultés tocologiques ne sont que relatives.

Malheureusement, l'éducation obstétricale de tous les jeunes médecins est d'une déplorable insuffisance. Combien d'entre eux, en coiffant le bonnet doctoral, peuvent se flatter de posséder les connaissances les plus élémentaires dans l'art scabreux de Lucine?

Pour ne parler que de moi (et nous sommes pour la plupart logés à la même enseigne), sait-on à quoi se réduisait mon bagage obstétrical, lorsque l'*alma mater* m'a conféré le droit de vie et de mort sur mes semblables? J'avais pratiqué quatre ou cinq fois le toucher. J'avais assisté à la phase tout à fait ultime d'un accouchement physiologique!..

A part quelques exceptions, voilà où nous en sommes tous, au moment de notre entrée dans la carrière.

Est-il utile de faire ressortir les funestes conséquences qui résultent de notre insuffisance, au moment de nos débuts dans l'arène obstétricale? J'avoue, pour mon compte, m'être rendu coupable de plus d'un méfait! En est-il beaucoup parmi mes confrères qui, en faisant à leur tour leur examen de conscience, n'en soient, ainsi que moi, réduits à se frapper la poitrine!...

C'est parce que, dès les premiers pas dans l'exercice de mon art, je me suis heurté à des obstacles dont je ne me suis pas toujours tiré sans de douloureuses meurtrissures, que j'ai vite compris la nécessité de tout faire pour les applanir dans les mesures du possible. Tel a été mon objectif de

chaque jour. Je n'ai nullement la prétention d'avoir fait table rase de toutes les difficultés, mais j'ai du moins la consolante pensée d'être parvenu à en supprimer un certain nombre.

C'est que, ainsi que je le disais à l'instant, bien des difficultés ne sont que relatives. Tel cas qui tient en échec un praticien mettant en œuvre les moyens traditionnels, peut devenir un jeu pour un accoucheur qui sait appliquer avec discernement un mode de faire plus convenable, tirer parti d'un engin obstétrical, dans l'espèce, remplissant mieux son objet.

Combien de fois ne m'est-il pas arrivé d'être appelé auprès d'une femme en couches, quand un ou plusieurs confrères avaient en vain effectué de longues et périlleuses tentatives? Grâce à des manœuvres différentes, par l'emploi d'instruments mieux appropriés, souvent il m'a suffi de quelques instants pour obtenir, sans aucune peine, une solution aussi heureuse que possible.

Ce serait, encore une fois, fort mal interpréter ma pensée que de me prêter l'idée de considérer tous les accouchements comme d'une exécution facile. Il n'est que trop de cas de nature à donner de la tablature aux accoucheurs les plus habiles. Mais ce que je ne crains pas d'affirmer de la façon la plus formelle, c'est que bon nombre de cas n'ont de sérieux que l'apparence. Les difficultés, le plus souvent, ne tiennent qu'à un *modus faciendi* défectueux, qu'à l'emploi d'un instrument peu convenable ou d'une difficile application.

Il n'est pas difficile, du reste, de trouver la raison de l'infériorité de la jeune génération dans l'art des accouchements et de se rendre compte de tant de catastrophes qu'il serait aisé d'éviter.

Une fois muni de son diplôme, le jeune médecin, plein de foi dans l'avenir, se rend au poste qu'il a choisi. Son expérience pratique laisse autant à désirer que son bagage instrumental. En fait d'obstétrique, il ne possède que le classique forceps, dans le maniement duquel il est absolument novice. Vienne un cas un peu difficile, cet instrument

demeure entre ses mains une ressource impuissante si même, par bonheur, elle ne devient une arme dangereuse ! Aussi, combien de déceptions et d'amertumes l'attendent dès ses premiers pas sur un terrain rocailleux qui, vu au travers d'un prisme trompeur, lui était apparu tout émaillé de fleurs...

Mais, dira-t-on, on se forme vite au maniement du forceps. A cela je répondrai que je connais de vieux praticiens qui en sont toujours restés, sur ce chef, au même degré d'habileté qu'au moment de leurs débuts. Il est de ces terrains rebelles, sinon à toutes, du moins à certaines cultures !

Mais, je le veux bien, admettons que le praticien se soit familiarisé avec l'emploi d'un instrument dont, je le maintiens, la manœuvre est loin d'être toujours accessible au plus grand nombre, qui oserait affirmer que cet instrument est conçu de manière à réaliser toutes les indications rationnelles, même entre les mains les plus habiles?

Aux maîtres de l'art eux-mêmes, je dirai : voici une difficulté dont, par les procédés classiques, il n'est possible de triompher que par le sacrifice de l'enfant. Eh bien! très-souvent, encore une fois, cette difficulté n'est que relative. Par l'emploi d'un instrument répondant mieux à l'objectif à réaliser, il devient aisé d'en triompher, sans nul préjudice pour la vie de l'enfant.

Si les praticiens, petits et grands, connaissaient mieux les ressources dont ils peuvent disposer, ils seraient moins péniblement éprouvés qu'ils ne le sont chaque jour dans l'exercice de leur art. Le malheur, c'est que chacun suit de loin les progrès de la science et s'en tient au mode de faire consacré par l'usage, et, pourquoi pas le dire? par la routine. Chacun de nous, sans exception, n'est-il pas plus ou moins routinier à sa façon?

Dans cet ouvrage, et toujours, je veux faire la guerre à la routine. Je viens dire à mes confrères :

« Tel cas vous semble difficile? C'est une erreur. Il n'est tel, le plus souvent, que par l'une des raisons suivantes : ou vous vous y prenez mal, ou vous employez un instrument d'un emploi difficile et non approprié aux indications à remplir.

» Il est des ressources instrumentales que vous ignorez, des engins obstétricaux d'un emploi facile, d'une utilité de premier ordre que vous connaissez à peine de nom. Je me propose de vous en faire connaître quelques-uns. Vous les verrez à l'œuvre. Vous pourrez ainsi vous convaincre que l'accoucheur le plus heureux n'est pas toujours le plus habile, mais celui, souvent, qui peut disposer des instruments les mieux conçus, les plus faciles à mettre en usage. »

Vous prétendez vous livrer à l'art des accouchements, munis d'un seul agent de délivrance? A combien de confrères n'ai-je pas entendu émettre cette étrange idée? Le forceps croisé suffit à tout... Eh bien ! je vous le dis : une telle idée est des plus malheureuses et ne saurait aboutir qu'aux plus déplorables résultats. Comment donc ? Le dernier des artisans a pour premier soin de *s'outiller* d'une façon convenable, et il suffirait à l'accoucheur d'un seul instrument pour répondre à toutes les indications qui peuvent se présenter? Croyez-le bien, au contraire, plus nombreuses seront vos ressources instrumentales, plus nombreuses aussi seront vos chances de succès. Un instrument, par exemple, ne réussit pas? N'hésitez pas à lui en substituer un autre. Il m'est plus d'une fois arrivé d'employer successivement trois ou quatre forceps dans un même accouchement. La réussite peut tenir à fort peu de chose. Une cuiller un peu plus étroite ou plus large, un peu plus courte, un peu plus longue, un cintre plus ou moins accentué, il n'en faut pas davantage pour changer un échec en succès.

Un ouvrage de la nature de celui-ci ne doit pas être édifié sur le cadre des traités didactiques. Les préceptes qui se gravent le mieux dans l'esprit, ce sont ceux qui reposen sur le témoignage des faits. Aussi, mon intention est-elle de faire ici de l'*obstétrique en action*.

En conséquence, je me propose de parcourir le champ des accouchements à marche trop lente, difficiles et dangereux. Je dirai les moyens d'en rendre la solution auss prompte, aussi aisée, aussi heureuse que possible.

Je n'ai pas la prétention de faire un traité au complet de

la dystocie. Bien que ces pages soient le reflet d'une pratique obstétricale de plus d'un quart de siècle, je suis loin d'avoir parcouru un terrain si vaste, qu'après la plus longue carrière aucun ne saurait se flatter de l'avoir exploré en son entier. Tenant à ne parler surtout que des résultats qui me sont propres, afin que ma parole ait plus d'autorité, l'espace dans lequel j'aurai à me mouvoir devra être, par cela même, assez restreint. Mais, je le demande, le guide susceptible de rendre le plus de services à l'accoucheur n'est-il pas celui qui traite à fond des cas qui se présentent presque chaque jour à son observation? C'est donc à l'obstétrique courante que cet ouvrage sera surtout consacré.

Après cet exposé, et avant d'entrer de plein pied dans mon sujet, il ne me reste plus qu'à solliciter de mes lecteurs toute leur indulgence. J'en ai d'autant plus besoin que cette œuvre est en grande partie originale et personnelle. Serait-ce m'abuser en voyant là un titre de recommandation, à une époque où les compilations et le renouveau font les plus grands frais de tant d'ouvrages?

En admettant que mes confrères ne partagent pas de tous points mes idées, qu'il me soit permis d'espérer que quelques-unes d'entre elles, au moins, trouveront grâce à leurs yeux. Puissent donc mes lecteurs estimer qu'ils n'auront pas entièrement perdu leur temps en parcourant les pages qui vont suivre!

## DE L'EMPLOI DU BALLON HYDROSTATIQUE, POUR L'INCITATION DU TRAVAIL DE LA PARTURITION.

Le but vers lequel doit incessamment tendre l'accoucheur, c'est d'imiter la nature dans ses processus physiologiques. Pour la perpétration du grand acte de l'accouchement, il doit donc s'efforcer de mettre en pratique, autant qu'il est en lui, le *cito, tuto*, à défaut du *jucunde* du fameux précepte, qui constitue l'objectif constant de l'homme de l'art.

J'ai toujours été partisan de l'accouchement rapide. Lorsque, il y a une quinzaine d'années, j'ai indiqué la façon de procéder à l'*accouchement* auquel j'ai imposé la dénomi-

nation de *physiologique artificiel*, ce mode de faire a reçu, en haut lieu, un accueil peu bienveillant. Depuis, cette idée a fait son chemin et cette ligne de conduite a trouvé de nombreux imitateurs. Je dirai plus; j'ai été distancé dans cette voie par plus d'un accoucheur. M. Mattei, entre autres, déclare qu'il lui suffit d'un intervalle de *trois heures*, à partir de l'établissement du travail, pour le mener artificiellement à une heureuse solution...

Ce laps de temps me semble insuffisant, en dehors de toute indication pressante. Il convient, sur ce chef, de se rapprocher le plus possible des tendances de la nature. On estime que la durée d'un accouchement physiologique, à franches allures, est de sept à huit heures. Il est bon de se tenir dans de telles limites, sauf, je le répète, les cas qui comportent une intervention plus immédiate.

Rien n'est pénible, pour la femme, comme la période initiale du travail. Les douleurs sont molles, éloignées, irrégulières, infructueuses. Les malades, les familles s'impatientent, s'inquiètent. L'accoucheur lui-même est loin d'être toujours sur un lit de roses.

L'eutocie ne doit pas affecter de telles allures. L'homme de l'art peut donc se considérer comme fondé à imprimer au travail une impulsion qui le ramène à son processus physiologique. Son intervention, toutefois, n'est légitime qu'à la condition d'allier l'efficacité à l'innocuité la plus complète. Or, il est un mode de faire qui remplit aussi heureusement que possible ce double objet. Il ne fait courir aucun danger à la mère ni à son fruit; il ne nécessite aucune manœuvre manuelle de la part de l'accoucheur. Je ne dirai pas que l'on doive compter, dans tous les cas, sur l'infaillibilité de son action. Est-il un seul agent qui possède une telle vertu? Qu'il me suffise d'affirmer que celui-ci peut compter entre ceux qui rendent le plus de services dans la pratique courante. Ce moyen, aussi simple qu'inoffensif, consiste dans l'emploi du *ballon hydrostatique*.

Si ce procédé n'est pas nouveau à tous égards, il l'est du moins sous plusieurs chefs.

Un certain nombre de dilatateurs ampullaires ont été

présentés jusqu'à ce jour. Ayant publié ailleurs une étude sur ce sujet (1), je crois devoir me borner ici à renvoyer mes lecteurs à la source indiquée. Qu'il me suffise, pour l'instant, de faire une simple énumération de ceux de ces agents qui sont les plus connus. On pourra ainsi se convaincre de l'originalité de celui que je propose.

Les dilatateurs ampullaires les plus répandus sont ceux de Braun, de Keller, de Mattei, de Barnes, de Tarnier, de Verrier, de Joulin, de Chassagny et de Gariel.

Si j'en excepte les deux derniers, tous les autres sont des dilatateurs intra ou supra-cervicaux. Ils doivent être posés *dans l'orifice même du col.* Leur emploi est loin d'être toujours facile. La solidité de ceux qui sont constitués par une fine membrane de caoutchouc, laisse fort à désirer (Joulin, Tarnier, Verrier). Les dilatateurs *en violon* de Barnes ne sauraient agir qu'au-dessus ou au-dessous de l'orifice cervical. Le double ballon de Chassagny est d'un prix assez élevé. Il agit surtout par l'ampoule inférieure, dont les parois sont trop épaisses, tandis que celles de l'ampoule supérieure est trop mince, condition qui l'expose à une facile déchirure. Le colpeurynter de Braun et de Keller, copié par Gariel, est un simple *dilatateur vaginal.* L'épaisseur de ses parois les rend impropres à pénétrer dans l'orifice cervical. Leur rigidité en rend dangereux l'emploi un peu prolongé. Selon Barnes, sur quatorze femmes chez lesquelles cet instrument a été utilisé pour la provocation du travail, *six ont succombé.*

Telles étaient les ressources dont pouvaient disposer les accoucheurs, lorsque j'ai fait connaître mon propre *ballon hydrostatique.* On va voir bientôt qu'il se recommande, sur tous ses aînés, tant par son extrême simplicité que par son prix de revient, qu'on peut considérer comme insignifiant. On verra également combien j'ai étendu le champ d'action de cet agent obstétrical.

(1) Voir les nos du 15 mars et du 1er avril 1875 de la *Revue de thérapeutique médico-chirurgicale.*

## LE BALLON HYDROSTATIQUE DE L'AUTEUR.

Un des plus grands mérites de ce dilatateur, c'est son extrême simplicité. Chacun peut aisément se procurer les éléments nécessaires pour le construire de ses propres mains. Ces éléments sont constitués par un simple ballon —de ces ballons rouges ou bleus, qui font la joie des enfants —et par un tube, également de caoutchouc, d'une vingtaine de centimètres de longueur.

A défaut de tube, la première sonde en gomme élastique, ou mieux en caoutchouc vulcanisé, peut être utilisée.

C'est par l'association du tube et du ballon que se trouve constitué l'instrument.

Cette association s'effectue de la façon suivante :

Si le tube n'offre pas à son point d'insertion une certaine résistance, il est nécessaire de la lui assurer à l'aide d'un petit artifice. On se procure un cylindre creux et à parois solides, d'un diamètre un peu inférieur à celui de la lumière du tube de caoutchouc et d'une longueur de 0,02 à 0,025. Un petit tube en fer, une feuille de plomb, de fer battu, faute de mieux, la première plume d'oie, conviennent très-bien pour un tel objet.

On introduit ce petit cylindre dans l'une des extrémités du tube, puis on engage ce dernier, ainsi consolidé, dans le collet de l'ampoule. Pour fixer solidement les deux parties l'une sur l'autre, il suffit de jeter sur ce même collet quelques tours de fil.

Le gonflement de l'ampoule s'effectue avec de l'eau, que l'on injecte au travers de l'orifice resté libre du tube en caoutchouc, en utilisant une seringue quelconque.

Le ballon une fois gonflé, il y a deux façons d'empêcher la sortie du liquide.

Le premier mode, le plus simple, consiste à doubler la partie extrême du tube, et à l'arrêter par un lien (ficelle, cordonnet) à bouclette unique. En tirant sur le chef libre, on enlève le dit lien, sans aucun tâtonnement et en un seul temps.

Le second moyen d'occlusion consiste dans l'emploi du

vulgaire fausset, qu'on engage à fort dans la lumière du tube. Si l'on craint d'égarer cette petite pièce de bois, on peut la fixer à demeure sur ce dernier, non loin de son extrémité, au moyen d'un cordonnet.

On voit que, comme simplicité, ce petit engin ne laisse rien à désirer.

On trouve presque en tous lieux des ballons d'enfants. A défaut de tube en caoutchouc, chacun possède au moins une sonde en gomme élastique. Le petit cylindre de renforcement peut aisément être partout préparé. Alors que les dilatateurs les plus répandus ont une valeur de 12 à 15 fr., le mien peut être préparé de toutes pièces pour quelques centimes. Si, après un long usage, l'ampoule vient à se déchirer, on peut la remplacer séance tenante, car il est bon d'en tenir toujours quelques-unes dans sa trousse obstétricale.

Il me semble bon de donner quelques conseils pour le choix des ampoules de caoutchouc.

Il ne faut pas les choisir trop amples. Le dilatateur n'a d'action sur le col qu'à la condition d'être complètement gonflé. Si son volume dépasse la capacité du vagin, les proportions de l'injection seront insuffisantes pour opérer la distension uniforme de ses parois. Dans ces conditions, la première contraction déplace le liquide en le comprimant, et détermine, par là, l'expulsion de l'ampoule. Celle-ci, pour être dans de bonnes conditions, doit présenter, vide et aplatie, un diamètre en tous sens de six centimètres environ.

Il faut, en outre, choisir un caoutchouc d'une certaine résistance. Trop mince, il devient susceptible de se déchirer aisément (1).

Avant d'appliquer l'instrument, il est bon, pour en prévenir l'éclatement, de chauffer un peu le caoutchouc, en le tenant quelques instants soit dans les mains, soit dans la poche du pantalon.

(1) Ce petit instrument, parfaitement établi, avec robinet obturateur, se trouve chez M. Tricot, 39, rue des Sts-Pères, à Paris. Le prix en est de 3 fr. (franco), avec un balion de rechange.

On me demandera la raison pour laquelle je préfère l'eau à l'air, pour le gonflement de mon ampoule? J'ai deux motifs pour un, en faisant un tel choix. Le premier, c'est que l'appareil conserve beaucoup plus aisément un liquide qu'un gaz. Le second, c'est que l'eau froide, que j'utilise de préférence, est douée d'une action excitante bien supérieure à celle de l'air.

Comment procéder à la pose de l'appareil?

De la façon la plus simple.

L'ampoule de caoutchouc est enduite d'huile, opération qui se fait le plus convenablement dans une soucoupe. Ainsi lubrifiée, on l'introduit très-aisément avec le doigt au sein de la cavité vaginale. On ne prend nul souci du col. Les parois du ballon une fois gonflé sauront bien arriver jusqu'à lui et pénétrer dans tous les interstices.

L'ampoule une fois en place, on n'a plus qu'à la gonfler, en injectant l'eau jusqu'au moment où la malade accuse une sensation de plénitude désagréable ou douloureuse.

Les proportions du liquide à injecter n'ont rien d'absolu. Elles sont en rapport avec l'amplitude de l'ampoule cervico-vaginale et la susceptibilité des sujets. En règle générale, elles varient de un à deux verres. Il m'est plus d'une fois arrivé, cependant, d'aller jusqu'à un litre.

L'enlèvement du ballon se fait avec autant de facilité que son placement.

On met un vase quelconque entre les jambes de la malade, on enlève soit la ligature du tube, soit le fausset, et le liquide injecté, sollicité par la contraction des organes qui pressent sur l'ampoule, s'écoule en arcade. Le ballon une fois dégonflé, on n'a plus, pour l'extraire, qu'à tirer légèrement sur la partie supérieure du tube.

Ce mode d'excitation présente sur tous les autres de grands avantages. Sa mise en place n'occasionne à la femme aucune douleur, ne comporte l'emploi d'aucun instrument spécial. L'appareil pouvant être enlevé et replacé avec la plus grande facilité, l'accoucheur peut, sans le moindre inconvénient, s'assurer, aussi souvent qu'il le désire, de l'état du col et des progrès de la dilatation.

Quelle influence exerce le dilatateur sur la marche du travail?

Dix ou quinze minutes après son application, l'ampoule hydrostatique détermine des douleurs. Ces douleurs se reproduisent avec assez de régularité, à une portée de 3 à 5 minutes. Lorsque le travail est *mûr*, les contractions deviennent fructueuses et après un intervalle qui varie de 2 à 5 heures, il devient possible de terminer artificiellement le travail, si la nature, ainsi stimulée, n'a pu se suffire, pour mener à bien son œuvre.

Cependant, je dois le dire, on n'est pas toujours aussi heureux. Lorsque les organes sont mal disposés, cette stimulation demeure insuffisante, et au bout de quelques heures, il est aisé de s'apercevoir que l'ampoule hydrostatique a épuisé son action. En règle générale, lorsque le col a atteint une dilatation de 0,04 environ, il faut peu compter sur son efficacité. Quand il y a lieu de précipiter la marche du travail, il convient alors de recourir à d'autres modes d'excitation.

Un tel fait, d'ailleurs, est notoirement connu. L'utérus est le plus capricieux de tous les organes. Chez certaines femmes, la moindre excitation suffit pour provoquer le travail. Chez d'autres, au contraire, on épuise en pure perte l'action des stimulants les plus puissants.

Lorsque l'on a la mauvaise chance de tomber sur des cas de cette nature, on ne saurait donc faire plus de fond sur le ballon hydrostatique que sur la laminaire, l'éponge et les divers dilatateurs intra-cervicaux, tous agents d'excitation qui, trop souvent, se montrent impuissants entre les mains les plus habiles.

Je crois inutile d'entrer dans de plus longs détails sur ce sujet, dont j'ai assez longuement traité ailleurs (1). Pour donner à ce qui précède la sanction de la pratique, je vais faire passer sous les yeux de mes lecteurs la relation aussi succincte que possible de quelques faits pris au hasard parmi ceux qu'il m'a été donné de recueillir. On se fera de

(1) *Loc. cit.*, nos du 15 novembre, du 1er décembre 1876, etc.

la sorte une idée plus exacte de la méthode et des avantages qui peuvent résulter de son application.

APPLICATIONS PRATIQUES.

1er FAIT. — *Rupture spontanée de la poche des eaux. — Absence de douleurs. — Incitation du travail, au moyen du ballon hydrostatique. — Dilatation cervicale obtenue en trois heures. — Application du rétroceps. — Heureux effets, pour la mère et l'enfant, de cet accouchement artificiel.*

Mme X..., âgée de trente ans. Constitution délicate. Tubercules, actuellement à l'état latent, au sommet du poumon droit. Deux couches antérieures terminées par le forceps, pour cause d'inertie de l'utérus Grossesse actuelle parvenue au terme de 8 mois 1/2. Le 6 novembre 1876, rupture spontanée de la poche des eaux à 6 heures du soir. Issue d'une grande quantité de liquide amniotique. J'arrive à 9 heures auprès de la malade, qui ne ressent aucune douleur. Le col, dirigé vers la concavité du sacrum, est si haut situé que je ne puis l'atteindre avec le doigt. Battements fœtaux dans le flanc droit : position O I D, confirmée au moment du dégagement, ainsi que par les stigmates laissés par les cuillers du rétroceps.

J'attends jusqu'à 3 heures du matin l'éveil des douleurs. La malade, impatientée de ces lenteurs, me sollicite vivement d'intervenir. L'incitation du travail, au moyen du ballon hydrostatique, est tellement inoffensive, que je me rends à son désir, qui est aussi celui de sa famille.

Donc, à 3 heures du matin, j'introduis, dans l'ampoule vaginale, mon ballon préalablement imprégné d'huile. A l'aide d'un injecteur, je le gonfle avec de l'eau froide, ne m'arrêtant qu'alors que Mme X... accuse un sentiment de plénitude du bassin. Particularité tout à fait insolite, il n'a pas pénétré moins d'un litre de liquide dans l'ampoule de caoutchouc.

Au bout de dix minutes se déclarent des douleurs

courtes, mais presque continues. C'est avec ces caractères qu'elles se reproduisent jusqu'à 6 heures du matin. Le ballon est enlevé et réappliqué plusieurs fois, durant ce laps de temps. La quantité du liquide injecté est toujours la même. A plusieurs reprises, la malade se lève et se promène dans l'appartement, en conservant le dilatateur.

A 6 heures, la dilatation de l'orifice cervical est complète. Le col, repoussé vers le détroit supérieur par le ballon considérablement distendu, est assez difficile à atteindre au moyen de l'index et du médius. J'engage la malade à se promener, comptant sur les effets de la pesanteur pour obtenir l'abaissement de la tête. En effet, cet organe ne tarda pas à s'engager au travers du détroit, et je constate bientôt qu'il s'agit d'une OIDA. Une main se présente en avant de la tête.

Les douleurs continuent à se reproduire spontanément, affectant, comme par le passé, le caractère de véritables mouches.

A 8 heures, la tête est au haut de l'excavation. La réduction de la main s'est spontanément opérée. Le col est bien dilaté. L'inertie de l'utérus fait présager un interminable travail. Me rendant, encore une fois, aux instantes sollicitations de la malade et de sa famille, je me décide à appliquer le rétroceps, qui est mis en place et articulé, comme il est de règle, avec la plus grande facilité. Au retour de chaque douleur, j'effectue de légères tractions, pour venir en aide aux efforts insuffisants de la nature, et, à 9 heures, je mets au monde un garçon très-vivace, du poids de 3 kilog.

Délivrance assez difficile, obtenue, au bout d'une demi-heure, en combinant la traction funiculaire effectuée de la main gauche, avec la prise, à pleine main droite, du limbe postérieur du placenta.

Rétablissement rapide de la mère.

Cet accouchement artificiel, à marche rapide, a donc eu, pour les deux existences, la solution la plus heureuse.

2me FAIT. — *Issue des eaux depuis deux jours. — Absence complète de douleurs. — Femme épuisée. — Application de l'incitateur hydrostatique.— Trois heures après, extraction artificielle d'un enfant vivant.*

Mme X..., âgée de 41 ans, d'une constitution délicate, tertipare, enceinte de 7 mois et demi, se fatigue plus que de raison le 29 mars 1876. Le 30, elle perd les eaux. Le 31, elle n'a encore ressenti aucune douleur, mais son épuisement est tel, que son médecin ordinaire, le Dr Rochet, juge convenable de recourir à mon assistance. J'arrive à 3 heures et demie de relevée.

Douleurs absolument nulles. Col très-épais, ouvert de 0,025. Bruits fœtaux très-retentissants dans le flanc gauche.

La malade n'avait pas mangé depuis la veille, ni reposé un seul instant. Il n'y avait pas à espérer la rétrocession du travail. Convaincus, mon confrère et moi, qu'il y avait tout intérêt pour cette pauvre femme, aussi bien que pour son enfant, à une terminaison rapide du travail, nous nous déterminons à agir sans retard.

A 4 heures et demie, je mets en place mon ampoule dilatatrice, que je gonfle en y injectant deux verres d'eau froide. A 5 heures, les douleurs qui, je le répète, depuis le moment de la rupture des membranes, avaient complétement fait défaut, s'établissent de plus en plus énergiques. A 7 heures et demie, le ballon est retiré selon l'indication que j'avais fournie, m'étant vu dans l'obligation de m'absenter pendant quelques instants. A 8 heures, me trouvant de retour auprès de Mme X..., je constate que la tête est encore au détroit supérieur, mais le col, bien qu'incomplétement dilaté, me semble suffisamment dilatable pour légitimer une intervention immédiate. En conséquence, je propose une application de rétroceps, que l'on accepte avec empressement. Quelques minutes après, je donnais le jour à un enfant bien vivant, du poids de 3 kilogr.

3me FAIT. — *Eclampsie puerpérale. — Préparation presque nulle de l'orifice cervical. — Absence de douleurs. — Application du ballon hydrostatique. — Présentation du siège.— Emploi utile du levier de l'auteur. — Heureuse solution du travail dans un laps de temps de cinq heures. — Enfant macéré. — Suites de couches physiologiques.*

Mme B..., âgée de 35 ans, présente les attributs de l'aglobulie la plus marquée. Mariée depuis 17 ans, elle était réputée stérile, pour cause de rétroversion de l'utérus. C'est dans de telles conditions qu'est survenue une grossesse qui, à la date de cette observation, était parvenue au terme de 8 mois Depuis quinze jours, il y avait une bouffissure très-apparente du visage. Le 22 octobre 1876, à huit heures du matin, ayant répandu quelques gouttes de sang, Mme B... fit appeler Mme David, sage-femme, qui passa la journée auprès d'elle, sans constater la moindre tendance à l'établissement du travail. Ce fut dans de telles conditions que le soir, à cinq heures, éclata une violente attaque convulsive. M. le Dr Cotin, appelé auprès de Mme B..., déclara qu'il était urgent de réclamer l'intervention d'un accoucheur, et voulut bien me recommander à la confiance de l'entourage de la malade. J'arrivai auprès d'elle à sept heures. Une seconde convulsion venait de se produire.

A mon arrivée, je trouvai Mme B... en possession apparente de ses esprits. Je dois dire, cependant, qu'elle n'a conservé aucune connaissance de tout ce qui s'est passé. Elle se demande encore aujourd'hui comment s'est effectué un accouchement qui, pour elle, est un rêve.

Voici les premiers renseignements que je recueillis en arrivant auprès de la malade.

Ventre peu développé, traduisant une grossesse de 7 mois. Battements fœtaux nuls. Orifice cervical ouvert de façon à permettre l'introduction de la phalangette de l'index. Absence absolue de douleurs.

Quel eût été, classiquement parlant, le traitement à mettre en usage dans un cas de cette nature?

On eût pratiqué une saignée, administrée du chloral et chloroformisé la malade, à l'explosion de chaque convulsion. Puis on eût attendu l'établissement spontané du travail.

C'est une telle conduite qui a été suivie, naguère, dans une condition analogue, où je me suis trouvé appelé, en même temps qu'un des représentants les plus autorisés de la science officielle. J'avais proposé l'incitation du travail. Mais cette proposition n'avait pas été acceptée, tant on craint généralement, en touchant au col, d'augmenter le nombre et la violence des attaques éclamptiques. Nous bornant donc à l'emploi des moyens ci-dessus, nous nous sommes astreints à attendre l'établissement régulier du travail, qui ne s'est déclaré qu'au bout de vingt-quatre heures. L'enfant est venu au monde privé de vie! La malade a été sauvée, mais elle a payé tribut à une longue convalescence.

Dans le présent cas, l'état d'aglobulie de la malade me faisait une loi d'éviter toute soustraction de sang inutile. Pour moi, le meilleur hypnotique, c'est la déplétion aussi prompte que possible de l'organe gestateur. Partant de là, je me mis en demeure de remplir au plus tôt une indication qui, dans mon opinion, doit primer toutes les autres, aussi bien dans l'éclampsie puerpérale que dans la métrorrhagie par présentation du placenta.

En conséquence, je me hâtai d'appliquer mon incitateur hydrostatique, que je gonflai par l'injection de deux verres d'eau froide. Cette incitation locale donna lieu, presque aussitôt, à la production de quelques douleurs.

A huit heures un quart, troisième convulsion. Après le retour à la connaissance, exploration de l'orifice, dont la dilatation a acquis 0,02. Formation d'une petite poche des eaux dont je crois bon d'opérer la rupture, pour activer la marche du travail. Réapplication de l incitateur.

A neuf heures un quart, quatrième convulsion.

Etablissement régulier des douleurs, peu violentes, mais revenant à une portée de trois ou quatre minutes.

A dix heures moins vingt minutes, administration, en 3 doses, de 2 grammes de seigle ergoté.

En prescrivant ce médicament, à une période aussi peu avancée du travail, je sacrifiais de nouveau à une pratique en principe mauvaise, en ce qu'elle peut occasionner la mort du produit. Dans l'espèce, j'étais dégagé de toute préoccupation à ce point de vue, l'enfant ayant cessé de vivre. Je n'avais d'autre souci que d'obtenir la terminaison la plus rapide possible du travail.

A onze heures, cinquième convulsion. A la suite de cette dernière, la dilatation cervicale atteint 0,035. Douleurs presque sub-intrantes. Le ballon hydrostatique est définitivement enlevé, et je m'efforce de faire fructifier les contractions, par une dilatation digitale, méthodiquement effectuée.

A minuit, je reconnais une présentation du siège (SIDA).

S'il s'était agi d'un engagement du vertex, il m'eût été aisé de terminer le travail en quelques minutes, par une application de rétroceps. La dilatation étant insuffisante pour me permettre toute intervention manuelle ou instrumentale, force me fut d'attendre encore quelques instants, me contentant de pratiquer à chaque douleur, et avec les plus grands ménagements, la dilatation digitale de la lèvre cervicale antérieure.

Pour rendre plus effective cette manœuvre, je pris bientôt le parti d'introduire, en arrière de l'organe en présentation, mon petit levier à forte courbure sur le plat. Maintenant la lèvre postérieure, cet instrument me permit d'opérer une dilatation plus efficace de l'orifice cervical.

Bientôt je pus faire quelques tractions sur la tige du levier, en même temps que Mme David s'efforçait de dilater, de relever la lèvre antérieure. Cette manœuvre combinée eut un si heureux effet, que le siège de l'enfant descendit presque aussitôt sur le plancher périnéal. Encore quelques légers efforts, et l'extraction pouvait être aisément obtenue. Or, à ce moment (minuit et demi) éclata une sixième convulsion.

Je retirai le levier devenu inutile, et, ainsi que je n'avais cessé de le faire, au retour de chaque attaque, j'administrai le chloroforme.

L'accès passé, profitant du collapsus éclamptique, j'introduisis vivement l'index et le médius droits en arrière du pelvis de l'enfant, dont je pus accrocher l'aine postérieure.

Quelques moments après, la délivrance était heureusement effectuée.

Enfant privé de vie depuis quelques jours, ainsi que le traduisait le détachement facile de l'épiderme. Longueur du corps 0,40.

A 3 heures du matin, septième et dernier accès.

A ma visite du matin, retour complet de la connaissance.

Le neuvième jour, j'ai pu prendre congé de la malade, dont la convalescence a suivi son cours le plus physiologique.

Grâce au ballon hydrostatique, j'ai donc pu inciter le travail, et le mener à bien dans un laps de temps d'environ cinq heures. Il m'eût été possible de gagner encore une heure si, au lieu du siège, il se fût agi d'une présentation du vertex; condition qui m'eût permis, beaucoup plus tôt, d'effectuer une fructueuse application de rétroceps.

Dans l'éclampsie puerpérale, la science officielle nous enseigne qu'il est dangereux de toucher au col de l'utérus, sous prétexte que ces excitations sont susceptibles de redoubler la violence des accès, d'en faire naître aussi de nouveaux. Sur ce point encore je ne saurais me ranger sous la bannière de l'orthodoxie scolastique. En pareil cas, je crois qu'il est d'une saine pratique de savoir faire la part du feu, si je puis me servir d'une telle comparaison. Plus tôt l'utérus est débarrassé de son contenu, plus tôt le danger est écarté pour la mère ; j'ajouterai pour son fruit, si, condition trop rare, l'accoucheur est appelé à temps pour sauvegarder également cette jeune existence.

4e Fait. — *Travail datant de quatre jours.— Terminaison heureuse en 10 heures 1/2, par l'emploi du dilatateur cervical hydrostatique.*

Mme X..., primipare, âgée de 33 ans, était en travail depuis le 22 septembre, dans le cours du jour. M. le Dr Le

Coin avait passé, auprès de la malade, la nuit du 25 au 26. Voyant que, malgré d'incessantes mais stériles douleurs, la dilatation cervicale ne faisait aucun progrès, notre honorable confrère me pria de lui donner mon concours.

A 5 heures du soir, à mon arrivée auprès de Mme X..., je constatai une dilatation de 0m02 de l'orifice cervical. Je proposai d'exciter le travail par l'emploi du ballon hydrostatique, qui fut aussitôt appliqué.

Presque aussitôt les douleurs se déclarèrent et se reproduisirent d'une façon soutenue jusqu'à 10 heures du soir, moment où l'instrument, me paraissant avoir produit tous ses effets utiles, fut définitivement enlevé. La dilatation avait atteint 0,045. Mais le col était resté épais et indilatable. La tête était au détroit supérieur.

Les battements fœtaux étaient perçus, très-retentissants, dans le flanc droit. Par le toucher, on ne rencontrait aucune suture, aucune fontanelle. Il s'agissait, en effet, d'une présentation du pariétal antérieur (pariétal gauche), ainsi que nous le décelèrent un peu plus tard l'exploration digitale et, *post partum*, l'examen des stigmates laissés par les cuillers du rétroceps.

Ne voulant pas brusquer la marche du travail, nous l'abandonnâmes à lui-même jusqu'à 3 heures du matin, moment où, bien que l'état des choses n'eût pas sensiblement changé, dans l'intérêt de la mère et de l'enfant, nous jugeâmes utile d'intervenir.

Le rétroceps, seul instrument applicable, eu égard aux conditions d'imperméabilité du col, fut alors mis en place ; quelques tractions manuelles, puis mécaniques, furent effectuées. Les cuillers de l'instrument avaient une prise solide, mais la tête n'effectuait pas son mouvement de rotation intérieure. Sous l'influence de ce travail artificiel, la dilatation de l'orifice étant devenue suffisante pour permettre une application de forceps, nous nous décidâmes à recourir à cet agent de préhension. Cette application, je dois le dire, fut assez délicate, en raison de l'étroitesse d'une vulve de primipare, et du défaut de lubréfaction des organes. Le second temps de l'opération fut plus facile. Pour

ménager, toutefois, un passage suffisant à la tête, deux incisions durent être pratiquées de l'un et de l'autre côtés du raphé périnéal.

L'enfant, plein de vie, pesait 5 kil. forts, avec ses langes. Longueur du corps, 0m54. Diamètres céphaliques un peu plus étendus qu'à l'état normal.

J'ai été aussi bref que possible dans l'exposé de cette observation. Je crois devoir également m'abstenir de tout commentaire, la relation de ce fait n'ayant pour but que de faire ressortir les excellents effets du dilatateur hydrostatique.

On a vu que, sous l'influence de cet agent d'excitation, les douleurs se sont presque aussitôt éveillées et qu'il a suffi de quelques heures pour rendre possible la terminaison artificielle d'un travail comptant déjà plus de quatre jours d'invasion.

5me Fait. — *Dystocie occasionnée par la situation anormale de l'orifice cervical. — Application du dilatateur cervical. — Terminaison, en six heures, d'un travail comptant trente-six heures d'invasion.*

Mme X..., primipare, âgée de 32 ans, perd tout à coup les eaux le 27 septembre, à onze h. du soir. Une sage-femme, aussitôt appelée, se retire en constatant que le travail n'a encore aucune tendance à s'établir. Le 28, à sept heures du soir, se déclarent les premières douleurs. La sage-femme est rappelée à deux heures du matin.

Le reste de la nuit, puis la journée se passent, sans que des douleurs incessantes aboutissent à aucun résultat avantageux. La famille alarmée fait appeler, à 5 heures du soir, un honorable confrère, dont je dois taire le nom, pour des raisons qu'on va être bientôt à même d'apprécier.

A 7 1/2 heures, je fus appelé à mon tour. Or, voici ce que je constatai :

La région uréthrale était le siège d'une assez large déchirure. J'ai su depuis qu'une application de forceps avait été effectuée, et que l'instrument était revenu à vide.

Un corps globuleux plongeait dans l'excavation. Ne trouvant aucune trace de suture, ni de fontanelle, je crus, en premier lieu, à une présentation de l'épaule. Ce fut en vain que, à l'aide de l'index, je fus à la recherche du col.

L'idée me vint d'utiliser le médius, au moyen duquel je parvins, non sans peine, à découvrir l'orifice cervical, remonté, en arrière, jusqu'à la hauteur du promontoire. Le col, très-épais, n'était ouvert que de 0,02.

Il s'agissait d'une présentation céphalique.

Je proposai l'emploi du dilatateur hydrostatique, pour l'incitation de ce travail anormal. Cet instrument fut aussitôt posé, puis, mon honorable confrère et moi, nous nous retirâmes, laissant la malade entre les mains de la sage-femme, jusqu'au moment où notre intervention serait jugée nécessaire.

A onze heures et demie, nous étions de nouveau appelés auprès de la parturiente. Nous pûmes alors constater que les bruits fœtaux, perçus par nous dans le flanc gauche, quelques heures plus tôt, avaient cessé de se produire.

A minuit et demi, je pus poser la première cuiller du rétroceps. A une heure, la dilatation avait fait assez de progrès pour permettre l'introduction de la seconde cuiller. A un heure et demie, extraction assez aisée de la tête, par le bénéfice de deux incisions périnéales. Enfant souillé de méconium et privé de vie.

Poids du corps, 6 kil. avec les langes.

Longueur du corps : $0^{m}53$.

Diamètres céphaliques normaux.

Trois particularités rendent cette observation intéressante.

1° La première concerne la position anormale de l'orifice cervical, et l'enveloppement de la tête par la lèvre antérieure, considérablement distendue.

Telle avait été, sans doute ici, l'unique cause de la dystocie.

2° Le second point sur lequel je désire attirer l'attention a trait à l'erreur de diagnostic commise par mon confrère.

Ce n'est pas la première fois que je suis appelé à constater

ce genre de méprises. La malade dont il s'agit en a été quitte à assez bon compte. Elle a été affectée, à la suite de son accouchement, d'une rétention d'urine qui, pendant 21 jours, a nécessité l'emploi de l'algalie.

3° On voit que, dans ce cas encore, l'emploi du dilatateur hydrostatique nous a rendu un grand service.

Cette observation semblerait démontrer que cet instrument produit ses bons effets, non par le fait de sa pénétration dans l'orifice cervical qui, dans l'espèce, par sa situation même, a dû échapper à son atteinte, mais par suite d'une excitation locale. Ce serait surtout en mettant en jeu l'action réflexe, que le ballon hydrostatique ferait naître les contractions utérines.

Je craindrais d'abuser de l'attention de mes lecteurs en insistant plus longuement sur ce sujet. J'en ai dit assez pour établir l'innocuité absolue de ce mode d'incitation du travail et pour faire voir l'étendue des services que l'on en peut attendre. J'aurai, d'ailleurs, occasion de revenir sur son compte, à propos de l'une des complications les plus graves de l'accouchement : la *présentation du placenta.* C'est dans ces cas si scabreux que l'ampoule hydrostatique devient d'une utilité, j'oserai dire, de premier ordre. Dans les conditions ordinaires, certes, par son bénéfice, l'homme de l'art est heureux de supprimer aux patientes quelques heures de souffrance, en éveillant les douleurs, en régularisant la marche du travail. Mais, en somme, ces souffrances sont tolérables et ne portent par elles-mêmes aucune atteinte à l'existence. Combien est-il loin d'en être ainsi dans les cas de placenta prævia? Or, une méthode qui permet de terminer l'accouchement dans un intervalle de quatre à six heures, n'a-t-elle pas lieu d'être tenue comme superlativement bienfaisante? Mais, encore une fois, *non est hic locus.* Mon intention étant de consacrer un chapitre particulier à cet important sujet, je passe outre pour m'engager, sans plus tarder, sur le terrain de la dystocie proprement dite.

Pour déblayer le terrain, je dois d'abord présenter

à mes lecteurs quelques éléments d'action, dont je suis fondé à revendiquer la paternité plus ou moins complète, éléments qui constituent la base de ma pratique obstétricale militante.

## LE RÉTROCEPS ET LA MÉTHODE RÉTROCÉPITALE.

### I. — Historique.

Dans les premiers temps de ma pratique, j'ai eu quelques mécomptes, par suite de mon impéritie dans la manœuvre du forceps. Je me suis donc ingénié de bonne heure à rendre cet instrument plus maniable et d'un moins dangereux emploi.

J'avais maintes fois remarqué que le placement rigoureusement symétrique des cuillers n'était pas indispensable pour leur assurer une bonne prise. Cette notion acquise, il ne m'a pas fallu un grand effort d'imagination pour concevoir un nouveau mode de préhension de la tête. J'ai accentué la courbure sur le plat des cuillers, j'ai décroisé les branches, je les ai implantées sur une poignée transversale. J'avais conçu le *retroceps*, inaugure la *méthode rétrocépitale*.

Dès le premier essai du nouvel instrument, j'ai été, je puis le dire, émerveillé du résultat. Application facile et rapide, indolore pour la femme, sûreté d'action très grande, telles furent les qualités précieuses que je reconnus à cet agent de préhension ainsi modifié.

J'ajouterai que ces dispositions nouvelles avaient été si heureusement calculées que, malgré une série de perfectionnements successifs, portant sur mon système d'articulation, l'instrument est resté le même sur le point essentiel, c'est-à-dire sur la configuration des branches, sur le mode d'action dévolu aux cuillers.

M'étant empressé de faire quelques publications sur le nouvel engin obstétrical, de nombreux confrères me prièrent de vouloir bien le leur procurer. En moins d'un an, j'ai dû en faire fabriquer sous mes yeux environ 150

modèles. Non moins satisfaits que moi de l'excellence des résultats obtenus, ces mêmes confrères se firent un devoir de faire connaître les avantages du retroceps dans les divers organes de la presse médicale. Je ne fus donc pas étonné, dans une même semaine, de recevoir de MM. Guéride, Lüer et Charrière, la proposition de se charger de la fabrication d'un instrument qui, jusqu'alors, avait été confectionné par un simple serrurier. Je donnai la préférence au premier de ces fabricants, par cette seule raison que son offre avait précédé celle des autres.

Au point de vue de mes intérêts, je puis le dire, le choix n'a pas été heureux. Quand, au moment de l'exposition de 1867, le professeur Tarnier me fit l'honneur de me céder sa chaire pour la démonstration de ma méthode, je fis sur le fantôme des épreuves si décisives, que je portai la conviction dans l'esprit de mes nombreux auditeurs. Au sortir de l'amphithéâtre, feu Robert (de la maison Charrière et Collin), désirant s'assurer le monopole de la fabrication de mon instrument, me fit les propositions les plus avantageuses. Je n'avais signé aucun engagement avec Guéride ; mais je lui avais donné ma parole. Je crus donc devoir décliner ces offres séduisantes. Guéride est resté mon fabricant, jusqu'au moment de la guerre néfaste qui ferma les portes de Paris et apporta une interruption funeste dans les transactions commerciales. Depuis cette époque, le rétroceps est tombé dans le domaine commun. Chaque fabricant possède aujourd'hui son modèle. On a pu en voir des spécimens dans les vitrines de la plupart des exposants du palais du Champ-de-Mars. J'ajouterai que ces copies sont loin d'être toujours heureuses. J'en vois, surtout en ville, quelques-unes dont l'exécution laisse à ce point à désirer, que j'en renie la paternité de la manière la plus formelle.

Ainsi que toutes les conceptions utiles, le rétroceps a rapidement parcouru une brillante carrière. Il a bientôt franchi nos frontières et traverse les mers. On le retrouve depuis St-Pétersbourg, jusqu'à Madrid ; depuis Constantinople, jusqu'à l'île de la Réunion.

L'Ecole de Paris, on devait s'y attendre, n'a eu pour un instrument susceptible de sauver des milliers d'existences, qu'indifférence et dédain. On lui a surtout reproché d'être un instrument d'une manœuvre trop facile, bon seulement pour les sages-femmes et les *apprentis accoucheurs* (sic).. Trois auteurs justement estimés, cependant, n'ont pas dédaigné de faire mention du rétroceps dans leurs ouvrages.

Dans leur *Arsenal de la chirurgie contemporaine* (1872) t. II. pages 1028-1031, MM. Gaujot et Spillman donnent, avec de nombreuses figures, une longue description de mon instrument. Ils expriment le regret qu'il ne soit pas plus largement utilisé.

Le docteur Verrier en a également donné la description et la figure, dans les pages 482, 483, 484 de son excellent *Manuel pratique de l'art des accouchements* (1874).

Le professeur Tarnier lui consacre les pages 1033-1036 de la neuvième édition, revue et annotée, du *Traité des accouchements de Cazeaux* (1874).

Ces auteurs, à ma connaissance, sont les seuls qui aient bien voulu faire mention d'une méthode qui, par sa simplicité et sa sécurité, apporte une révolution complète dans l'art obstétrical.

Malgré la conspiration du silence qui, dans une certaine sphère, semble organisée contre elle, j'éprouve cependant la satisfaction de voir l'emploi de mon instrument se répandre de plus en plus dans la province et à l'étranger. Le jour viendra — et, j'en ai la conviction, ce jour n'est pas éloigné — où tout accoucheur, le plus habile comme le plus modeste, aura à cœur d'associer, dans sa trousse obstétricale, au forceps traditionnel, le nouvel instrument qui, je ne crains pas de l'affirmer, rend dans la pratique des services beaucoup plus nombreux.

## II. — PRINCIPE DE LA MÉTHODE RÉTROCÉPITALE.

Jusqu'ici, on avait considéré le placement symétrique des cuillers du forceps comme la condition indispensable

d'une sûre préhension. Le premier, j'ai établi qu'il suffisait de saisir l'organe en présentation selon une étendue d'un tiers ou d'un quart de sa circonférence, pour affecter sur lui une prise des plus solides. Tel est le principe de la méthode rétrocépitale, qui consiste à appliquer les cuillers de l'agent de préhension sur la partie postérieure, soit de la tête, soit du pelvis, abstraction faite de toute considération anatomique : *rétro-capio, je saisis par derrière.*

On me demandera pourquoi j'ai fait choix de cette région pour la place à assigner à mes cuillers? C'est que l'aire postérieure du pelvis est la plus perméable. Les cuillers de mon instrument sont construites de telle sorte que, pénétrant par la voie la plus accessible, elles vont d'elles-mêmes se poser, pour y être articulées *in situ*, dans la partie postérieure ou postéro-latérale du bassin.

Ce mode de préhension, d'ailleurs, n'est pas le propre exclusif de ma méthode. La chirurgie en fait de fréquentes applications. N'est-ce pas selon un tel procédé que, à l'aide de spatules, de crochets de diverses formes, on va à la recherche des corps étrangers introduits dans les conduits naturels (oreilles, nez, etc.)? N'est-ce pas de la sorte qu'agit le panier de Graeffe?

En obstétricie, même, cette manière de faire est loin d'être nouvelle. Chacun connaît cette façon d'entraîner la tête derrière, qui consiste à aller au delà de l'organe, pour l'embrasser à pleine main. Que fait-on, dans une telle manœuvre, si non de la rétrocépsie manuelle?

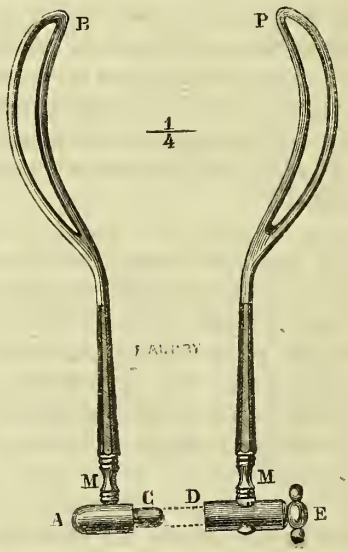
Le levier, lui-même, est quelquefois utilisé, en tant qu'agent de traction. Le regretté Marchand (de Charenton) se servait souvent avec succès de la spatule belge, en lieu et place de forceps.

Combien n'a-t-on pas d'avantages à substituer, à notre volumineux et fragile organe de préhension, à un étroit levier presque rectiligne, une véritable main d'acier, un double levier à cuillers fortement cintrées, tant sur le plat que sur le champ, pouvant se développer sur le périmètre de l'organe, selon une étendue de $0^{m}12$ à $0^{m}15$?

## III. — DESCRIPTION DU RÉTROCEPS.

La construction du rétroceps a passé par bien des phases. Le principe qui a présidé à sa construction, toutefois, ainsi que je l'ai déjà fait remarquer, n'a jamais varié. Les modifications n'ont jamais porté que sur le mode d'articulation des branches, mode que j'ai eu constamment en vue de perfectionner, en le simplifiant.

Dans mes modèles primitifs, dont l'instrument construit par Guéride peut être tenu comme le type le moins imparfait, le manche était unique et amovible. Il présentait deux grands défauts. Il était hérissé d'aspérités, de boutons destinés à assurer à chaque branche un mouvement propre.




Ces mêmes aspérités avaient pour inconvénient de contusionner la main au cours des manœuvres. De plus, cette complexité de la poignée rendait très compliquée l'articulation des branches. Celle de la branche gauche, ou bascu-

lante, se faisait en cinq temps. La droite, ou pivotante, en comportait huit : *en tout treize temps.*

Le modèle actuel, que j'ai fait construire par Aubry, habile fabricant auquel le jury de l'exposition universelle vient de décerner une médaille d'or, sera, je l'espère, définitif.

Ce modèle, en effet, me semble avoir réalisé la perfection. La poignée ne présente plus une seule aspérité. Toujours facile, quelle que soit la nature de la présentation, *l'articulation des deux leviers se fait en deux temps.*

Voici la description et la figure de cet instrument :

Il est constitué par deux branches. Chacune d'elles est montée sur un tronçon de manche, dont la réunion constitue la poignée transversale de l'instrument.

La longueur des branches, depuis l'extrémité des cuillers jusqu'au point d'implantation des tiges sur la poignée, est de $0^{m}26$. Celle des cuillers est de $0^{m}16$. Leur profondeur maximum mesure $0^{m}45$ pour le bord antérieur, $0^{m}06$ pour le bord postérieur. Leur courbure sur le champ est de $0^{m}07$. Leur plus grande largeur n'est que de $0^{m}04$.

Un mouvement particulier est dévolu à chacune des branches.

La *branche droite*, ou *basculante*, BM, ainsi que l'indique son nom, bascule librement en dedans et en dehors, dans le sens de l'axe de la poignée.

La *branche gauche*, ou *pivotante*, PM, est disposée de manière à exécuter un mouvement de rotation sur son axe. Ce mouvement est produit au moyen d'un système d'engrenage, placé dans l'intérieur du tronçon de manche qui lui sert de support. Ce mouvement, qui a pour objet d'ouvrir ou de fermer la cuiller, est obtenu au moyen d'une clef, E, qui fait tourner la tige sur son axe.

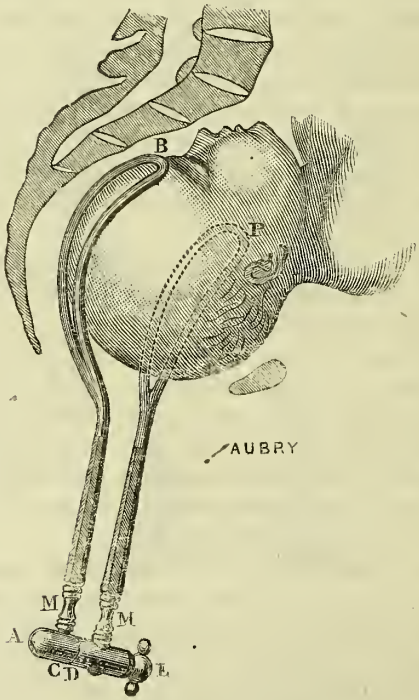
Ces deux mouvements ont pour but de permettre aux cuillers de s'appliquer aussi exactement que possible sur l'organe en présentation, en s'adaptant à son volume.

On pourrait craindre que la mobilité latérale de la branche basculante devienne une condition de dérapement. Ce serait à tort. La cuiller est suffisamment maintenue par

les orifices vulvaire et cervical, qui font l'effet des tenailles dites à anneau.

L'articulation des deux leviers se fait en quelque sorte d'une façon automatique, tant elle est prompte et aisée, même dans les présentations les plus défavorables.

Les deux cuillers posées sur l'organe, pour articuler l'instrument, il suffit de faire pénétrer le gougeon *C*, du tronçon de la branche droite, dans la mortaise, *D*, du tronçon de la branche gauche. Ce premier temps effectué, reste le second, qui consiste à fermer le plus possible la cuiller gauche, *P*, afin de bien saisir la tête. Le second temps s'effectue aussi instantanément, en faisant tourner de bas en haut la clef, *E*.




Ce système d'engrenage comporte trois arrêts, qui per-

mettent de serrer les cuillers selon le volume de l'organe sur lequel elles sont appliquées. La direction de la clef indique le degré de striction.

Lorsque la cuiller gauche, *P*, est ouverte au maximum, (précaution qu'on doit toujours prendre au moment de l'application de cette branche), la clef présente une direction oblique et presque perpendiculaire par rapport à la tige. Lorsque cette branche est serrée au maximum, condition dans laquelle les deux cuillers affectent un placement approchant de la symétrie, ainsi qu'on le voit figuré par le dessin ci-dessous, la clef est parallèle à cette même tige.

Quand on imprime à cette clef un mouvement de bas en haut, de manière à faire tourner la branche sur son axe en vue de serrer les cuillers, on ressent à la main, aux deux derniers temps d'arrêt,un mouvement de ressaut, qui se perçoit également à l'oreille.

Lorsque la branche gauche, *P*, est ouverte, au moment de l'application des deux leviers, les deux tronçons se trouvent dans un état de parallélisme, qui permet de faire pénétrer, avec la plus grande facilité, le gougeon, *G*, dans la mortaise, *D*. Lorsque cet engagement ne peut pas s'effectuer, c'est que l'on n'a pas pris la précaution d'ouvrir la branche *P*. On peut aisément l'ouvrir *in situ*, c'est-à-dire sans la retirer. En cette vue, on applique deux doigts de la main gauche à la partie la plus inférieure de la tige, en *M*, au dessus du tronçon du manche ; deux doigts de la main droite saisissent les deux olives de la clef, et on tire en sens inverse. Dans ce mouvement, on fait tourner la branche sur son axe, de gauche à droite, et le plan de la cuiller se met dans celui de l'axe du manche.

## IV. — MODE D'APPLICATION, MANŒUVRE DU RÉTROCEPS.

La manœuvre du rétroceps est à ce point facile que, sur ce chef, aucun agent de préhension ne pourrait lui être comparé. Pénétrant invariablement au lieu d'élection, c'est-à-dire dans la partie la plus aisément perméable de l'organe gestateur, en avant de la lèvre cervicale posté-

rieure, les cuillers vont, comme d'elles-mêmes, prendre place au siège où doit porter leur action Placées l'une à côté de l'autre, on n'a nullement à s'occuper de la position qu'elles occupent. Quelle qu'elle puisse être, cette position est toujours la bonne. Les leviers une fois posés, on n'a plus qu'à les articuler, dernier temps qui s'effectue avec une incomparable facilité. Ainsi que je l'ai déjà fait observer, ce placement, cette articulation n'entraînent aucune difficulté, fût-ce dans les positions les plus irrégulières de l'organe en présentation.

Pour appliquer l'instrument, même au détroit supérieur, en dehors des conditions de nature à rendre le placement des cuillers difficile, il n'est pas besoin de déranger la patiente.

On se contente de relever le siège, autant que possible, au moyen d'un oreiller. L'accoucheur se tient au bord du lit, du côté opposé au point où doit être appliquée chacune des cuillers.

Il m'arrive souvent, pour faciliter la manœuvre, de poser un genou sur le bord de la couche, ou entre les jambes écartées de la patiente.

Un ou deux doigts suffisent pour guider sûrement les cuillers au sein de l'utérus, au travers du col que l'on écarte avec soin.

Il est indifférent de placer telle ou telle branche la première. Généralement, et par habitude, on commence par la gauche. Si, celle-ci posée, on éprouve de la difficulté à appliquer la seconde, on se trouve quelquefois bien de l'enlever, et de changer cet ordre d'introduction.

Les deux leviers en place, il n'y a plus qu'à les articuler selon le mode décrit plus haut. On engage le goujon, C, dans la mortaise, D, et on serre la clef, E, au maximum.

Le mode de préhension de l'organe en présentation, au moyen du rétroceps, n'a rien de commun avec celui qui est le propre de tous les agents symétriques. Les cuillers de ces derniers s'appliquent invariablement sur les points extrêmes d'un diamètre quelconque. Les cuillers du rétroceps n'embrassent l'organe que selon une étendue d'un tiers ou d'un quart de sa circonférence.

Cet instrument, en principe, est donc *asymétrique*. Il peut cependant être utilisé en tant que symétrique. Il en est ainsi lorsque la tête, descendue au sein de l'excavation, présente son diamètre occipito-frontal dans le sens du diamètre antéro-postérieur du bassin. Ainsi, dans la position occipito-pubienne directe, les deux cuillers peuvent s'appliquer symétriquement sur la région frontale. Elles peuvent se poser de même sur l'occiput, dans les présentations occipito-postérieures.

Dans les cas les plus ordinaires, on retrouve les stigmates des cuillers d'une façon tout à fait caractéristique, qui permet, *à posteriori*, de reconnaître exactement la position de la tête, au moment où elle a été sollicitée par le rétroceps.

*Dans les occipito-antérieures*, de beaucoup les plus fréquentes, *on relève toujours une stigmate temporal, un stigmate frontal.*

J'ai fait figurer une application de rétroceps dans la présentation la plus commune (O I G A), figure II (1). On voit que la cuiller basculante repose sur le front, la cuiller pivotante, représentée en pointillé, prenant appui sur le temporal postérieur.

Je le répète, ce mode de préhension est caractéristique et le seul propre du rétroceps.

Il va de soi que, dans les présentations occipito-postérieures, une des cuillers repose sur l'occipital, l'autre cuiller prenant appui sur le temporal postérieur.

## V. — DE LA FAÇON D'UTILISER LE RÉTROCEPS.

L'instrument posé, articulé, reste à l'utiliser.

La manœuvre diffère de tous points de celle du forceps symétrique. Avec ce dernier instrument, il est de règle de

(1) La tête est, à tort, représentée de profil. Elle devrait être vue de trois-quarts, l'occiput dirigé vers la partie antérieure gauche du bassin.

tirer en se rapprochant le plus possible du sens des axes du bassin.

Lorsque l'on fait usage du rétroceps, il faut faire en sorte d'oublier complètement cette notion. En s'y conformant, on est à peu près certain de déraper. *La ligne de traction doit correspondre à la direction, quelle qu'elle soit, où la prise est la plus sûre.* En d'autres termes, depuis le moment de la première, jusqu'à celui de la dernière phase du travail, *il faut tirer dans le sens de la résistance.*

Ce précepte est très important ; il importe donc de ne jamais le mettre en oubli.

La traction sur le rétroceps s'opère soit avec deux ou trois doigts, soit à pleine-main, soit avec les deux mains, soit à l'aide d'une machine. Cette dernière ne doit être utilisée que lorsque l'on a à vaincre une grande résistance. Dans les fortes tractions, ce mode de faire rend les plus grands services, et met sûrement à l'abri des accidents si souvent occasionnés par les dérapements, consécutifs aux violents efforts musculaires. On verra, dans la partie pratique de ce travail, de quelle façon doit être comprise la traction mécanique effectuée, soit sur le rétroceps, soit sur le forceps symétrique.

Pour suppléer à la force du bras, il est divers expédients auxquels ont cru bon de recourir quelques confrères partisans de la méthode rétrocépitale.

Le docteur Duval, de Gournay (1), dans un cas de rétrécissement du détroit supérieur *mesurant moins de* 0,06, fit passer sur le manche un linge plié en cravate, dont il confia chacun des chefs à un aide vigoureux. Le résultat de l'opération a été favorable pour la mère.

Dans un cas d'éclampsie puerpérale, épuisé par les efforts auxquels il s'était en vain livré, le docteur Faucheraud (2) eut l'idée d'utiliser le mode de traction dit *en halage* des mariniers. Il fit, avec une corde, une sorte de bretelle. passant sous l'aisselle gauche et sur l'épaule droite, le plein

(1) V. Traité prat. du rétroceps, p. 186.
(2) *In.* Revue de thérap. med. chir. 1878, n° du 1er février, p. 68.

de l'anneau portant sur le manche du rétroceps. « Après une heure et demie d'efforts interrompus par huit ou dix crises des plus violentes, j'amenai, dit M. Faucheraud, *sans aucune fatigue*, un énorme enfant, qui succomba au bout d'une demi-heure. »

Je n'ai pas besoin de faire observer que la traction mécanique présente beaucoup plus de garanties que ces moyens violents et pleins de danger. Mais, quand on ne peut disposer d'une machine, force est bien de s'en passer!....

## VI. — DES CAS QUI, RATIONNELLEMENT, COMPORTENT L'EMPOI DE RÉTROCEPS. — FORCEPS ET RÉTROCEPS.

Pendant une douzaine d'années, délaissant complètement mon vieux forceps, j'ai fait un usage exclusif du rétroceps. Ma pratique a été des plus heureuses. Je connais un certain nombre de confrères qui ont complètement délaissé l'instrument classique pour le nouvel agent, tant ils trouvent, dans ce dernier, d'avantages de toutes sortes.

Moins exclusif que ces partisans enthousiastes de la nouvelle méthode, je crois devoir faire des distinctions. Si le plus grand nombre des cas me semblent justiciables du rétroceps, il en est d'autres où le forceps symétrique fournit des résultats plus sûrs et plus rapides.

Il est possible, en peu de mots, de tracer à cet égard une règle de conduite.

Le rétroceps doit avoir le pas sur le forceps dans une foule de circonstances. De ce nombre sont les suivantes :

Lorsque l'orifice vulvaire est peu perméable, il y a tout avantage de recourir au rétroceps, en raison du facile passage de ses étroites cuillers, de leur placement aisé, de l'articulation *in situ* des deux leviers.

Ces mêmes conditions rendent précieux l'emploi de cet instrument quand il y a urgence d'intervenir de bonne heure. C'est ainsi que, dans les cas d'éclampsie puerpérale, dans ceux où deux existences sont également menacées par suite d'une hémorragie causée par la présentation du pla-

centa, il sera possible d'agir au moyen du rétroceps, alors qu'il ne faudrait même pas songer à faire usage du forceps. Pour utiliser sans danger ce dernier, il faut que la dilatation cervicale atteigne au moins 0m05. Le premier, sans aucun risque pour la mère, trouve un passage au travers d'un col ouvert seulement de 0m04 à 0,045.

Là encore où le rétroceps rend des services incalculables, c'est dans les présentations vicieuses de la tête.

Chacun sait combien le maniement du forceps exige d'habilete de la part de l'opérateur, dans les cas de présentation du pariétal antérieur, du front, de la face, de l'oreille.

Au témoignage de nombreux confrères qui ont publié, ou m'ont communiqué leurs observations, sans parler de mon expérience personnelle, ces difficultés sont aisément tranchées par l'emploi du rétroceps, qui constitue un agent de réduction par excellence.

Cet instrument rend de non moins importants services dans les positions hybrides de la tête.

En pareil cas, l'emploi du forceps, qui a besoin d'être raisonné, expose à recourir à une manœuvre opposée à celle qui serait convenable.

Avec le rétroceps, il n'en est plus de même. Sollicitée par lui, la tête tend à trouver elle-même sa voie, en adaptant à ceux de la filière utéro-pelvienne, ses diamètres les plus favorables.

Dans les positions occipito-postérieures, le rétroceps est un précieux agent de délivrance. Est-on en présence d'une occipito-postérieure *normale* ou *anormale*? Une telle question ne saurait être tranchée qu'*a posteriori*. On peut faire courir à l'enfant un grand danger, si l'on s'efforce de ramener derrière le pubis l'occipital qui doit se dégager en avant du sacrum. Le rétroceps présente cet inestimable avantage, qu'il laisse à la tête le soin de trouver l'issue la plus favorable. A l'aide de mon instrument, on n'a d'autre souci que d'opérer méthodiquement des tractions, sous l'influence desquelles l'organe prend de lui-même la direction la plus favorable à son dégagement.

Il n'est pas, jusque dans les présentations du siège, que le rétroceps ne trouve un très-utile emploi. Il s'applique sur le bassin avec non moins de facilité que sur la tête. En pareil cas, son action est aussi sûre qu'inoffensive.

J'aurai occasion de revenir sur tous ces points de pratique. Je le dirai de suite, cependant, dans un ouvrage de la nature de celui que j'entreprends, je ne saurais traiter à fond de chacune de ces questions. Ceux donc de mes lecteurs qui seraient désireux de les approfondir, feront bien de se reporter au livre que j'ai consacré à l'étude théorique et pratique de la métode rétrocépitale (1).

Le forceps symétrique présente aussi des indications aussi nettes que précises. On peut dire, d'une façon générale, que c'est à cet instrument qu'il convient de recourir de préférence toutes les fois qu'il y a lieu d'opérer la réduction du volume de la tête, par l'élongation de son diamètre vertical.

Il en est de même dans tous les cas où cet organe, par son défaut de résistance, ne prête pas un point d'appui suffisant aux cuillers du rétroceps.

Les rétrécissements du bassin fournissent une indication spéciale pour l'emploi de l'un ou de l'autre de ces instruments.

Lorsque le bassin est rétréci selon son diamètre sacro-pubien, le rétroceps, en réduisant l'étendue du diamètre correspondant de la tête, en abaissant la partie la plus élevée de cet organe, est doué d'une efficacité des plus remarquables.

Il m'est arrivé, par son moyen, d'extraire sans peine, après l'inefficacité bien constatée du forceps classique, plusieurs enfants vivants, alors que le diamètre sacro-pubien se trouvait réduit à *sept centimètres*.

En raison même de son mode spécial d'action dans les

(1) V. *Traité pratique du rétroceps*, 2e édit. aux bureaux de la *Revue de thérapeutique*, 10, rue des Saints Pères, à Paris, in-8°. Prix franco 8 francs.

rétrécissements latéraux du pelvis, le rétroceps doit céder le pas au forceps symétrique, qui permet de comprimer la tête dans le sens même de l'angustie et d'allonger cet organe selon son diamètre antéro-postérieur.

On voit, d'après ce rapide aperçu, que chacun de ces instruments présente des indications spéciales. Aussi, dans mon opinion, un accoucheur désireux de bien faire, ne saurait-il se passer de ces deux instruments, destinés à se compléter l'un par l'autre.

Voici, du reste, la ligne de conduite que j'ai adoptée dans tous les accouchements que je pratique.

Invariablement, j'ai d'abord recours au rétroceps qui, par son petit volume, n'inspire aucun sentiment de crainte dans les familles. Son application est facile, ne donne lieu à aucune douleur pour la malade, à une époque où il n'y aurait même pas lieu de songer à utiliser le forceps symétrique.

Si je ne retire pas de l'emploi de cet instrument tout le bénéfice désirable, je n'hésite pas à l'enlever, pour procéder, s'il y a lieu de persévérer dans une intervention immédiate, à une application du forceps.

J'ajouterai que, nombre de fois, après l'insuccès bien manifeste de ce dernier, j'ai dû revenir au rétroceps, qui m'a permis, enfin, de trancher la difficulté. Il m'est souvent arrivé, je dois le dire, de faire de cette substitution une affaire de conscience. Ce que je veux avant tout éviter, c'est de trop sacrifier au sentiment de la paternité.

Pour opérer vite et bien, il faut faire un choix intelligent et sans aucun parti pris, de ses moyens d'action. Nul plus que moi, en matière d'obstétricie, ne met, avec plus d'indépendance, ce sage précepte en pratique.

Je n'insisterai pas davantage ici sur le compte d'un instrument auquel j'ai consacré un traité *ex professo*. On le verra bientôt à l'œuvre. Il sera alors permis de le juger en toute connaissance de cause.

## FORCEPS A BRANCHES PARALLÈLES ET A TRACTIONS CONCENTRIQUES DE L'AUTEUR.

L'arsenal obstétrical est déjà encombré d'une si grande variété de forceps, qu'il y a lieu de se demander si celui que présente l'auteur a réellement sa raison d'être? C'est ce que les lecteurs vont être à même d'apprécier, s'ils veulent bien se donner la peine de parcourir les lignes qui vont suivre.

Cet instrument est conçu en vue de permettre d'effectuer la *traction* dite *concentrique.*

Pour rendre ma description plus intelligible, je dois d'abord consacrer quelques paragraphes à l'exposé de cette méthode obstétricale.

### LA TRACTION CONCENTRIQUE OBSTÉTRICALE.

Tous les forceps symétriques, quel qu'en soit le modèle, sont constitués par l'assemblage de deux leviers courbes sur le champ. Pour entraîner la tête dans le sens des axes pelviens, il serait de rigueur que la traction fût faite dans celui d'une ligne tirée dans le prolongement de l'axe des cuillers. Lorsque l'organe est saisi au détroit supérieur, cette ligne fictive passe, à peu près, par la base du cocyx. Pour s'en rapprocher autant que possible, c'est en vain que l'accoucheur dirige ses efforts aussi en arrière que possible. Il a toujours pour limites le plancher périnéal. Par ce seul fait, la traction s'effectue invariablement d'une façon excentrique. La conséquence de ces efforts déployés dans un sens plus ou moins défectueux, c'est une dépense de force tout au moins inutile, si même elle n'est nuisible tant à la mère qu'à son fruit.

Ce n'est pas d'aujourd'hui que les accoucheurs se sont ingéniés pour trouver les moyens de procéder d'une façon plus conforme aux principes de la mécanique obstétricale. Comprenant bien que les difficultés, les dangers de l'extraction sont en rapport avec la longueur des leviers courbes représentés par les branches du forceps, quelques-uns se

sont efforcés de prendre le point d'insertion de la force attractive en un lieu plus rapproché du centre de figure de la tête. A cet effet, les uns ont attaché un lien quelconque, soit autour du pivot articulaire, soit à l'enfourchement des cuillers du forceps.

Joulin avait imaginé un système à double bouton, prenant appui sur ce même enfourchement.

Hermann, père, de Berne, le premier a eu l'idée de la traction métallique. Dans ce but, il a fait construire un appendice constitué par une sorte de fourche d'acier, munie de deux petits pitons, s'insérant dans deux ouvertures pratiquées dans l'un et l'autre entablement de l'agent de préhension, au voisinage de la commissure des fenêtres.

Le professeur Hubert, de Louvain, a fait disposer à la partie inférieure de l'entablement de son forceps, une poignée perpendiculaire mobile, sur laquelle doivent être effectuées les tractions.

Reprenant ces idées, si heureusement fertilisées par Chassagny, M. Tarnier a modifié avec quelqu'avantage la traction métallique d'Hermann. Il a inséré ses tiges attractives d'acier sur les branches des fenêtres de son forceps, un peu au-dessus de leur enfourchement.

Ces divers modes sont de beaucoup préférables à celui qui consiste, selon l'usage conservé, à opérer les tractions sur l'extrémité manuelle des leviers. Mais ils sont loin encore de l'objectif à réaliser, objectif qui consiste à faire agir la force selon le centre même de figure de la tête. Il appartenait à Chassagny de combler ce désideratum. Il l'a fait avec d'autant plus de bonheur, qu'il a su allier la précision à la simplicité.

Rien de moins compliqué que le mode de faire imaginé par l'ingénieux accoucheur de Lyon. Il a fait pratiquer, au tiers supérieur de chacune des branches des cuillers de son forceps, à un lieu qui correspond au centre de figure de la tête saisie par l'instrument, une petite ouverture. Ces ouvertures sont destinées à donner attache à un simple cordonnet, à la première ficelle, constituant une anse assez longue pour que son plein dépasse la vulve, le forceps étant en place et articulé.

C'est sur cette anse double — puisque chaque cuiller a la sienne — que s'effectue la traction.

Cette traction peut s'effectuer de deux façons. Dans un premier mode, on engage soit les doigts, soit un bâtonnet transversal, dans cette anse double. Dans un second mode, quand la résistance à vaincre est plus considérable, l'effort attractif est effectué au moyen d'une machine reliée, par ces cordonnets, à l'agent de préhension.

Dans l'une et l'autre condition, l'effort aboutit nécessairement au point d'attache supérieur des cordonnets. Le résultat est le même que si l'on tirait sur deux liens fixés à un clou implanté aux extrémités du diamètre céphalique compris dans le champ des cuillers du forceps.

Comme on le voit, c'est bien là l'idéal de la traction concentrique appliquée à l'obstétricie.

Deux conditions, dans l'espèce, sont de nature à réaliser heureusement l'objet que l'on se propose.

1° En premier lieu, les parties extra-vulvaires du forceps sont complètement abandonnées à elles-mêmes.

2° En second lieu, libre d'entraves, la tête, obéissant à la force qui la sollicite, jouit de la plus grande latitude pour chercher elle-même sa voie, pour accommoder ses diamètres les plus favorables à ceux de la filière utéro-pelvienne.

On comprend maintenant que, pour réaliser les conditions indispensables, il importe : 1° que les points d'insertion de la puissance attractive correspondent au centre de gravité de la tête, lieu plus élevé que ceux qui ont été choisis par les autres accoucheurs; 2° que les liens de traction, loin de présenter une rigidité métallique soient, au contraire, doués de la plus grande souplesse, à l'effet de se prêter aux mouvements de rotation intérieure, sans lesquels la tête ne pourrait effectuer librement sa réduction intra-pelvienne.

Il ressort de ce rapide aperçu que le mode imaginé par Chassagny, pour la pratique de la traction concentrique, est particulièrement remarquable et par la façon, mécaniquement irréprochable, selon laquelle elle s'effectue, et par

la simplicité toute primitive des éléments utilisés pour la mettre en œuvre. Cela revient à dire que les imitateurs de l'accoucheur Lyonnais, au lieu de perfectionner la méthode, n'ont fait, par un changement de marque, que lui imprimer un pas rétrograde.

Ce n'est pas tout. Ces instruments, inutilement compliqués, présentent encore un inconvénient. Leur prix est plus ou moins élevé. Le forceps de Tarnier, par exemple, le plus complexe, ne se vend pas moins de 80 fr.

Le système de Chassagny, au contraire, ne comporte qu'une dépense supplémentaire insignifiante. Pour faire du premier agent de préhension un forceps à traction concentrique, il suffit de faire pratiquer quatre petites ouvertures dans les branches des cuillers.

On ne s'est pas contenté de reporter au-dessus de l'entablement le point d'insertion de la force attractive. Pour rapprocher la direction de l'effort de la ligne de prolongement de l'axe des cuillers, ligne qui, avons-nous dit, devrait passer par la base du coccyx, on a cru bon de recourir à un expédient, tendant à rectifier la déviation qu'apporte le plancher périnéal à l'effort dirigé dans le sens de l'axe pelvien. C'est pour réaliser un tel objet que Moralès, le premier, et Tarnier après lui, ont fait donner au forceps une seconde courbure sur le champ. Cette courbure, partant de l'enfourchement des cuillers, abaissant l'extrémité manuelle des manches, donne à l'instrument l'aspect assez bizarre d'une S majuscule.

Cette modification est loin, à tous égards, de me sembler heureuse.

On a déjà assez de peine, trop souvent, à être maître d'un instrument à une courbure sur le champ, quand il s'agit d'enfoncer ses longues cuillers dans les profondeurs des organes générateurs. Quelles difficultés ne doit-on pas éprouver, lorsqu'il s'agit d'exécuter de telles manœuvres, non sans danger pour les culs-de-sac et le corps même de la matrice, à l'aide d'un instrument tout biscornu, qu'on me passe le mot, configuration qui en rend la direction si délicate ?

A quoi sert, d'ailleurs, cette nouvelle courbure qui vient, si mal à propos, compliquer la manœuvre d'un instrument dont un si grand nombre de praticiens ne sauraient avoir la prétention d'être suffisamment maîtres, dans les cas compliqués ? On se flatte, par une telle disposition, de ménager le périnée, et d'effectuer une traction dans un sens plus concentrique aux axes pelviens ?

Mais, pour atteindre ce but si désirable, une disposition que je ne crains pas de qualifier d'aussi malheureuse, n'est nullement nécessaire. Cette indication est, à la fois, beaucoup plus simplement, beaucoup plus heureusement remplie avec nos vulgaires ficelles.

Nombre de fois j'ai appliqué le forceps au détroit supérieur et même au-dessus, en utilisant la traction mécanique associée à la traction concentrique. Dans tous les cas où, mécaniquement, l'engagement n'était pas devenu impossible, j'ai entraîné l'organe avec la plus grande facilité. Le périnée n'est nullement un obstacle à la bonne direction de l'effort. La tête, sollicitée par la force qui l'entraîne, glisse sur des surfaces lubrifiées. Cette double circonstance suffit presque toujours pour rectifier, dans des mesures suffisantes, l'excentricité, toujours plus ou moins marquée, quoi qu'on puisse faire, de la ligne de traction.

Il m'est souvent arrivé de donner à mon tracteur une direction presque perpendiculaire à l'axe du corps. Mes cordons de traction portaient nécessairement sur la commissure du périnée. Jamais, cependant, je n'ai vu cette traction, dirigée aussi en bas que possible, occasionner la moindre lésion de ce plancher musculaire. Dans ces conditions, en dehors de difficultés insurmontables, bien entendu, je suis toujours parvenu à entraîner la tête avec une dépense de force presque moitié moindre que celle que comporte la traction manuelle.

La traction concentrique, ainsi effectuée, présente une particularité qui, mécaniquement, fait ressortir les inconvénients du mode de faire encore consacré aujourd'hui par l'enseignement scolastique.

La tête est-elle saisie au détroit supérieur ? Il est de pré-

cepte de tirer sur le forceps le plus en bas possible, en déprimant fortement le périnée En pareil cas, Martin, de Lyon, se couchait sur le dos, sous le siége de la malade, de manière à effectuer des tractions dans un sens presque perpendiculaire à l'axe du corps de cette dernière.

Or, sollicité concentriquement, le forceps prend une direction tout opposée. Aussitôt que la tête obéit au premier effort, on voit la portion extra-vulvaire de l'instrument se relever. A mesure que l'organe s'engage dans le canal pelvien, ces mêmes branches d'abord obliques, deviennent presque perpendiculaires ; puis, au dernier temps de l'extraction, dans les occipito-antérieures, elles s'inclinent vers l'aîne de la mère correspondant à l'occiput de l'enfant.

Cette expérience, que j'ai repétée bon nombre de fois, suffit à établir, d'une part : que les tractions, telles que les effectuent la presque totalité des accoucheurs, au point de vue de la mécanique obstétricale, sont des plus défectueusement dirigées ; d'autre part : que les tractions concentriques, telles que nous les comprenons, presqu'irréprochables mécaniquement parlant, ont le double et inestimable avantage de réduire l'appareil instrumental à son plus grand degré de simplicité et de faciliter, dans les limites du possible, la tâche de l'accoucheur.

### DESCRIPTION DU FORCEPS DE L'AUTEUR.

L'instrument à branches parallèles que j'ai pris pour type, c'est le forceps de Valette, de Lyon. J'ai fidèlement reproduit les cintres sur le plat et sur le champ de ses cuillers. J'ai remplacé son *coulant métallique*, destiné à rapprocher les cuillers et à déterminer le degré voulu de pression, par une mince courroie de cuir, pourvue d'un ardillon. J'ai complètement changé le mode d'articulation, que j'ai rendu beaucoup plus facile. Cette modification m'a permis de faire de mon forceps un instrument à la fois symétrique et asymétrique.

Peu de mots me permettront, maintenant, de compléter ma description ([1]).

([1]) Voir plus loin le dessin de cet instrument, que j'ai représenté associé au tracteur obstétrical.

Les cuillers de mon forceps ont une largeur maximum de 0,045 et une longueur de 0,16.

Les tiges sont cylindriques. Leur longueur est de 0,21. Elles sont finement taillées, afin de mieux tenir en mains, pendant la manœuvre de l'introduction.

La longueur totale de chaque branche, depuis le bec des cuillers, jusqu'au point d'implantation des tiges sur la poigne transversale, est de 0,37. A la partie inférieure et externe des tiges se voient deux petits pitons L. Ces pitons sont destinés à fixer les cordons de traction, pourvus, à cet effet, d'un anneau de caoutchouc. Pendant le premier temps de l'opération, les cordonnets sont, par leur moyen, maintenus le long des tiges. Les cuillers une fois posées, on détache ces anneaux, en vue d'utiliser les cordons de traction.

Une petite lanière de cuir, C, percée d'une série d'ouvertures, et pourvue d'un ardillon, par une striction convenable, prévient l'écartement des cuillers, pendant le cours des tractions.

J'ai peu de chose à dire sur la poignée transversale de ce forceps. Elle est copiée sur celle du rétroceps (1). Elle est également composée de deux tronçons s'emboîtant l'un dans l'autre.

La fermeture des cuillers est obtenue en imprimant à la double olive, E, un mouvement de bas en haut. Lorsque la direction de la clef est parallèle aux tiges, les deux leviers occupent sur l'organe une position symétrique.

Pour la facilité de l'articulation, ainsi qu'il convient de le faire pour le rétroceps, il faut, avant d'en opérer le placement, ouvrir la branche pivotante, P. Le gougeon, C, une fois engagé dans la mortaise D, on serre la clef, pour opérer l'articulation définitive.

Lorsque l'axe de la double olive n'est pas parallèle avec celui des tiges, la position des cuillers laisse à désirer, au point de vue de leur placement symétrique.

(1) Voir, pour la description du manche, la figure représentant le rétroceps, p. 32.

Grâce à ce système d'articulation, ce forceps est donc à la fois symétrique et asymétrique. A ce dernier point de vue, je dirai bientôt ce que je pense de cet instrument.

Comme tous les forceps, celui-ci présente des avantages et des inconvénients. Je vais signaler les uns et les autres avec la plus grande impartialité.

Les inconvénients, qu'il partage avec tous les forceps à branches parallèles, tiennent surtout à la difficulté de donner une bonne position aux cuillers. Pour assigner un placement rigoureusement symétrique aux deux leviers, il faut qu'ils soient directement appliqués au lieu qu'ils doivent occuper. On ne saurait se le dissimuler : la clef ne possède qu'une faible puissance rectificative. Sous ce rapport, le forceps croisé est d'une manœuvre plus facile.

Grâce à la mortaise ou au pivot dont ces derniers instruments sont pourvus, on dispose d'un joint d'appui qui facilite beaucoup cette rectification.

Ce temps exige, il est vrai, quelquefois un certain déploiement de force. En saisissant les crochets terminaux à pleines mains, on s'efforce, par un mouvement de torsion en sens inverse, d'assigner aux leviers une meilleure position. Il en peut résulter quelquefois des meurtrissures pour les organes de préhension. On peut y parer, jusqu'à un certain point, en garnissant les dits crochets avec un mouchoir. Instruit par l'expérience, j'ai trouvé un expédient, pour faciliter ce temps parfois si délicat de la manœuvre. J'ai fait forger deux griffes, qui s'appliquent à la partie moyenne de chacun des manches. Par ce moyen, j'obtiens sans aucun effort, la rectification dans le placement de mes cuillers, quand il y a lieu de l'effectuer.

Tous les accoucheurs savent combien ce temps de l'opération est quelquefois difficile. Nombre de fois, à ma connaissance, le forceps n'a pu être utilisé faute d'un parallélisme de rigueur entre les deux entablements. En pareils cas, les griffes peuvent rendre un signalé service.

Si des difficultés existent avec les forceps croisés, nonobstant l'utile point d'appui dont ils sont munis, combien ne sont-elles pas plus considérables quand on emploie

les forceps à branches parallèles, qui en sont dépourvus ? Tous les systèmes d'articulation qui leur sont propres ne sauraient permettre d'opérer une rectification importante. Le rassemblement irréprochable des branches ne peut avoir lieu qu'autant que les cuillers aient été se poser sur l'organe dans une situation approchant de très-près de la symétrie.

Sous le rapport de la facilité de l'articulation, le forceps à branches parallèles doit donc céder le pas au forceps croisé. C'est à cette condition défavorable qu'il faut sans doute surtout attribuer le délaissement de ces premiers instruments.

D'un autre côté, les forceps à branches parallèles présentent, sur le forceps croisé, divers avantages.

Lorsque, sur ce dernier, on opère de fortes tractions, la compression exercée sur l'organe est en raison directe de la puissance de l'effort. Dans ces conditions, on est exposé à produire un grave traumatisme. Il me souvient d'avoir ainsi déterminé une fracture du crâne, aussitôt suivie de mort.

Les forceps à branches parallèles ne déterminent, par eux-mêmes, aucun effet nuisible. Lorsque la tête est exposée à des compressions, elles sont le seul fait de l'obstacle qu'apportent à son passage les organes maternels.

Je ferai, toutefois, à ce point de vue, une remarque.

Il est des cas où cette puissance compressive est utilisée avec avantage Il est, en effet, des circonstances où l'instrument doit saisir fortement la tête. Il en est ainsi, par exemple, quand il s'agit d'en achever le broiement commencé par le céphalotribe, par un agent quelconque de trépanation, ou quand l'organe, peu résistant, ne peut être entraîné qu'à la condition d'être étroitement embrassé (*fortiter*, *capio*).

Dans des cas de cette nature, le forceps à branches parallèles doit céder le pas au forceps croisé.

Je dois maintenant signaler un avantage par lequel se recommande particulièrement le forceps à branches parallèles, pour la pratique de la traction concentrique. Je veux parler de son extrême légèreté.

Pour que la tête puisse exécuter convenablement son évolution intra-pelvienne, il faut surtout éviter les effets fâcheux d'un contrepoids extra-vulvaire. On comprend combien les lourdes branches du forceps croisé sont propres à s'opposer à la libre progression de l'organe L'idéal du forceps à traction concentrique serait celui qui ne serait constitué que par ses seules cuillers. Sous ce rapport, toutefois, mon forceps laisse peu à désirer, en raison de sa légèreté et de son faible volume.

On voit, par ce qui précède, que chaque instrument présente des avantages et des inconvénients. Il suit de là que, en bonne pratique, il convient de reconnaître l'utilité de deux variétés de forceps.

Pour mon compte, je ne me fais pas faute, selon les cas, d'utiliser soit le forceps à branches parallèles, soit le forceps croisé. J'ai fait pratiquer dans les cuillers de ce dernier de petites ouvertures, pour l'attache supérieure des cordons de traction Je me trouve très-bien de cette pratique éclectique. J'entends quelques accoucheurs émettre cette étrange assertion qu'ils n'ont besoin que d'un seul forceps ! Il y a, en effet, plusieurs moyens à employer pour arriver au but. Mais n'est-il pas vrai, aussi, de dire qu'on peut atteindre ce but avec plus ou moins de facilité et de bonheur ? Qu'on ne l'oublie pas : à mérite égal, l'accoucheur le plus heureux sera toujours celui dont l'armentarium sera le plus largement pourvu.

## LA TRACTION MÉCANIQUE OBSTÉTRICALE.

Ayant consacré un ouvrage spécial à l'étude de la traction mécanique obstétricale (1), je me propose de ne traiter ici de cet objet qu'avec une grande sobriété.

On sait que l'honneur d'avoir le premier appliqué l'em-

(1) *Essai pratique sur la traction mécanique appliquée à l'obstétrique.* Broch. in-8. Prix franco, 3 francs. Aux bureaux de la *Revue de thérap.*, 10, rue des Sts-Pères, Paris.

ploi des machines à l'obstétrique humaine appartient au Dr Chassagny, de Lyon. Ce fut le 16 février 1861 que cet ingénieux confrère démontra son appareil en séance académique. Joulin ne fut en demeure de présenter son aide-forceps qu'au mois de février 1862. Nonobstant d'assez âpres protestations de l'accoucheur de Paris, la question de priorité se trouve ainsi tranchée sans conteste en faveur du praticien lyonnais.

Je dois le dire de suite. L'accueil, si peu favorable, fait en haut lieu à la nouvelle méthode, trouve une explication plausible dans les défauts flagrants de construction des instruments primitifs. Les inconvénients de l'aide-forceps ont dû paraître bien grands à son inventeur, puisque, dans un laps de temps de sept années, il n'en a fait usage que deux fois; encore a-t-il dû enregistrer deux revers!

Rendons, toutefois, un juste tribut d'éloges à notre regretté confrère. Si, au point de vue pratique, son instrument brille surtout par ses défauts, il a su, du moins, en tirer un parti des plus avantageux pour ce qui est de l'expérimentation sur le cadavre et sur le mannequin. Le *Mémoire sur l'emploi de la force en obstétrique*, un des plus beaux fleurons scientifiques de Joulin, a puissamment contribué aux progrès d'une méthode arrivée aujourd'hui à un haut degré de perfection.

Moins vicieusement construit que celui de Joulin, l'appareil de Chassagny présentait encore de grands défauts. Le point d'appui, sur les genoux, avait pour double inconvénient de n'avoir aucune stabilité, et de relever beaucoup trop la direction de la ligne de traction.

Le plus grand tort de la nouvelle méthode, c'est de s'être appuyée sur des instruments conçus sur des bases défectueuses. En présence de quelques faits malheureux qu'on a cru devoir lui attribuer, elle n'a pas tardé à soulever, du haut des rangs de l'orthodoxie officielle, un *tolle* général.

Cette façon de faire, assurément, n'était ni équitable, ni scientifique. Au lieu de condamner systématiquement un mode de faire non consacré par l'usage, il eût été plus convenable d'approfondir la question, de bien apprécier les qua-

lités et les défauts des instruments mis en usage pour la pratique de la traction mécanique, afin de leur apporter les perfectionnements nécessaires. Au lieu de procéder de la sorte, on a jugé préférable de fulminer contre ces appareils le *quos ego* scolastique ! C'est pour de telles raisons que, dans les sphères enseignantes, après dix-sept ans de persévérants efforts, les promoteurs de la traction mécanique n'ont pu encore lui faire gagner un seul pouce de terrain. Quelle que soit la valeur d'une découverte, si elle n'est pas patronée en haut lieu, elle a bien peu de chance d'être bien accueillie par le corps médical, trop habitué à ne jurer que *per verba magistri*.

Cependant, d'importants perfectionnements ont été apportés aux défectueux engins primitifs. Aujourd'hui, les machines permettent d'effectuer la traction mécanique de la façon la plus irréprochable. Comment donc expliquer l'injustifiable ostracisme qui pèse encore sur une méthode qui, on ne saurait en disconvenir, sans parti pris, constitue un des plus grands progrès accomplis à notre époque dans l'art obstétrical ?

Je n'essayerai pas de répondre à ces questions. Je me contenterai de réfuter les principales objections qui ont été adressées à la traction mécanique. Je ferai ensuite ressortir les avantages qui résultent de son emploi.

Un des principaux griefs imputés à la méthode a été tiré de la *statistique*.

Le professeur Tarnier (*Nouveau dict. de méd. et de chir. prat.*, 1872) relève les résultats de la traction mécanique, à la suite de 37 accouchements. Il enregistre la mort de *huit mères* et de *vingt-quatre enfants. Trente-deux existences sacrifiées sur soixante-quatorze !* Certes, ces résultats sont peu satisfaisants. Mais encore convient-il de distinguer les cas malheureux (assurément de beaucoup en plus grand nombre) *en dehors de toute action instrumentale*, ce que n'a pas essayé de faire l'éminent professeur.

Ce n'est pas tout. Il n'est pas un seul des instruments utilisés dans ces expériences dont la construction ne soit plus ou moins défectueuse (appareil primitif de Chassagny,

aide-forceps de Joulin, moufles de Tarnier). Est-il juste de mettre sur le compte de la méthode des malheurs qui, à tout prendre, ne sauraient être attribués qu'à l'emploi d'instruments encore à une période embryonnaire ? Pour ces raisons, les arguments tirés d'une telle statistique, encore une fois, sont dénués de toute valeur.

On a accusé les machines de ne pas permettre d'opérer les *tractions dans le sens des axes*. Assurément, pour ce qui concerne l'emploi des appareils primitifs, cette objection est parfaitement fondée. L'aide-forceps écrasait la tête contre l'arcade pubienne. L'appareil de Chassagny relevait très-sensiblement le sens de la ligne de traction. La direction vicieuse de la force attractive, bien que compensée par diverses conditions avantageuses, ne permettait pas d'appliquer convenablement les principes de mécanique obstétricale, objectif constant de l'homme de l'art. L'action des moufles était plus défectueuse encore. Aussi l'auteur n'en a-t-il pas longtemps continué l'emploi.

Par suite du perfectionnement des machines, cette imputation n'a plus sa raison. On peut, aujourd'hui, tirer aussi bas que le comporte la limite antérieure du plancher périnéal. Ainsi tombe la seule objection sérieuse imputable à l'emploi des appareils à traction.

On a accusé les machines de déterminer la *diduction des symphyses*, la *fracture des os du bassin*, la *paralysie traumatique des membres inférieurs*, sans parler des *lésions de la boîte crânienne* et des *dégâts produits du côté des parties molles*.

Il suffit d'un peu de réflexion pour se convaincre de l'inanité de ces chefs d'accusation.

L'emploi des machines bien conçues, associées à la traction concentrique, permet de réduire à son minimum la puissance de la force attractive. D'après les expériences de Joulin (1), cette puissance est presque moitié moindre que celle que nécessite l'extraction manuelle. J'ai vu plusieurs fois moi-même, par son moyen, terminer heureusement,

(1) Voir son mémoire sur l'*emploi de la force en obstétrique*.

avec 50 kilogr., une délivrance qui n'avait pu être effectuée, moyennant une dépense de force musculaire de 100 à 120 kilogr.

Deux conditions, en effet, concourent à réaliser cet heureux résultat. D'une part, la force mécanique agit graduellement, sans secousse et d'une façon soutenue. D'autre part, les portions extra-vulvaires de l'agent de préhension, complètement abandonnées à elles-mêmes, ne contrarient en rien l'évolution intra-pelvienne de la tête qui, mécaniquement sollicitée, tend d'elle-même à accommoder ses diamètres les plus favorables avec ceux de la filière maternelle.

Loin donc de constituer, ainsi que certains le répètent encore à plaisir, une *méthode de force* et de *violence*, la *traction obstétricale est*, au contraire, *un mode de douceur par excellence*.

Les *avantages de la traction mécanique* se déduisent naturellement des considérations qui précèdent. Ces avantages ont trait : à l'enfant, à la mère, à l'accoucheur.

L'*enfant* trouve de réels avantages dans l'emploi de ce mode d'extraction. La tête, une fois saisie, ne supporte aucune compression venant du fait même de l'agent de préhension. Libre de chercher elle-même sa voie, elle n'est pas exposée à subir un traumatisme dangereux, résultant de manœuvres plus ou moins savantes, mais aussi plus ou moins heureuses de l'accoucheur.

Ce dernier, l'œil sur le dynamomètre, sait qu'au delà de 50 kilogr., la force mécanique peut donner lieu à des accidents. N'ayant à se livrer à aucun effort musculaire, il est toujours parfaitement maître de régir la force mécanique qu'il déploie.

*La mère* trouve, dans ces conditions mêmes, toute la somme de garanties désirables. Plus de lutte entre la puissance et la résistance. Plus d'aides nombreux utilisés à maintenir, par la violence, la patiente sur cet autre lit de Procuste. L'instrument se suffit à lui-même. Tenant très bien en place, quelle que soit la direction qui lui soit assignée, il représente, à la fois, la puissance et la résistance.

L'entraînement de l'instrument, soit avec la tête, soit à

vide, étant le résultat de la force mécanique, ne s'opère que lentement et par la seule volonté de l'opérateur. Aucun échappement violent de l'agent de préhension n'est donc à craindre. Qu'il y a loin, dans cette action graduelle, méthodique, inoffensive, des affreux délabrements, fruits trop fréquents d'une traction manuelle malheureuse ! Or, qui saurait répondre d'être toujours sûr de soi ?

L'*accoucheur* lui-même trouve de non moins grands avantages dans l'emploi des machines. Sa tâche est allégée pour un double motif. Sollicité mécaniquement, l'organe est d'un entraînement plus prompt et plus facile. Cette extraction n'est, pour l'opérateur, la source d'aucune fatigue. Commodément installé sur une chaise, en regard des organes maternels, son rôle se borne à imprimer, avec trois doigts, une impulsion graduelle à la vis de traction, en même temps que de l'œil et, de temps en temps, du doigt, il surveille l'index du dynamomètre, les portions extra-vulvaires du forceps, les effets, enfin, de la force employée pour l'entraînement de la tête.

Je dois me borner, pour l'instant, à ces considérations générales sur la traction mécanique. Elles trouveront un complément naturel dans la partie pratique de cet ouvrage.

## TRACTEUR OBSTÉTRICAL DE L'AUTEUR.

### *Description de l'instrument.*

Cet instrument si léger (son poids n'est que de 380 gr.), si élégant, d'un volume si exigu (il trouve aisément place dans la poche à portefeuille), peut permettre de développer un effort bien supérieur à celui que comportent les conditions dans lesquelles il peut être utilisé avec d'aussi grands avantages.

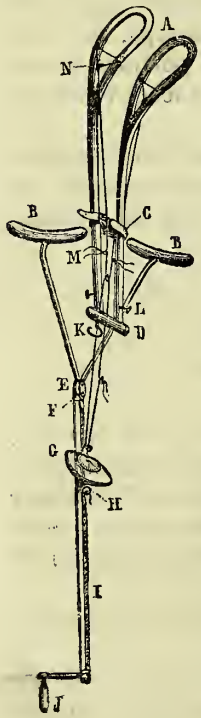
Quelques mots me suffiront pour en donner la description.

Il est constitué par une canule I, longue de $0^{m}$, 25, munie d'un taquet-écrou, H, pourvu d'un crochet auquel

s'adapte un dynamomètre. La canule est surmontée d'une véritable fourche, dont les branches, d'une longueur de 0m, 15, mobiles de dedans en dehors, s'écartent à volonté, au moyen d'une double charnière, E. Une fois ouvertes, les branches sont fixées par une bague F, qui se meut au-dessous de la charnière, en exécutant un mouvement d'un quart de cercle.

Chacune des branches est munie, à son extrémité libre, d'un croissant rembourré, amovible, destiné à prendre appui à la partie supérieure des cuisses, au voisinage de l'orifice vulvaire.

La traction s'opère en mettant en mouvement la manivelle terminale J, qui entraîne le taquet-écrou, et avec lui le dynamomètre et l'agent de préhension qui y est accroché.




Cet instrument se démonte en trois pièces. La principale est constituée par la canule, pourvue de sa manivelle terminale et de ses deux branches articulées. Les deux autres pièces sont formées par les croissants, mobiles et tournant en leur point d'implantation sur l'extrémité des branches. Ces croissants enlevés, si l'on rabat ces dernières le long de la canule, l'instrument se réduit à un si petit volume qu'il trouve aisément place, ainsi que je l'ai dit plus haut, dans la poche à portefeuille.

Un coup d'œil, jeté sur le dessin ci-contre, permettra de se faire une idée très exacte de cet instrument, qui se caractérise surtout par ses petites dimensions, son extrême simplicité et la bonne direction qu'il permet d'assigner à la ligne de traction.

*Du mode d'emploi du tracteur obstétrical.*

Cet instrument peut s'adapter à tous les

agents de préhension, quel qu'en soit le modèle. Il doît être, toutefois, utilisé d'une façon différente, selon que l'on fait usage du rétroceps ou d'un forceps symétrique quelconque.

Il ne faut pas l'oublier, le rétroceps est surtout un agent de réduction. Pour cette raison, saisie par cet instrument, la tête ne saurait être entraînée mécaniquement en un seul temps. L'obstacle une fois surmonté, il faut se garder de maintenir tel quel le sens de la ligne de traction. En agissant de la sorte, on s'exposerait à produire quelque lésion de la boîte osseuse. La résistance vaincue (ce dont il est aisé de s'apercevoir par l'abaissement de la tête), il faut dissocier les deux instruments, s'assurer du bon placement des cuillers du rétroceps, et voir si, par le bénéfice de la traction manuelle, il n'est pas possible d'achever l'extraction. Si le concours de la force mécanique paraît encore utile, on relie de nouveau les deux instruments, et on donne à la ligne de traction une direction convenable.

L'association du rétroceps et du tracteur mécanique s'effectue de la façon suivante :

L'agent de préhension une fois en place, les branches de la fourche écartées et consolidées au moyen de leur anneau d'arrêt, on glisse le tracteur sous les parties extra-vulvaires du rétroceps. Les croissants vont prendre un point d'appui à la racine des cuisses. La machine est alors confiée un instant à un aide, pendant que l'accoucheur s'occupe de relier l'un à l'autre les deux instruments. A cet effet, il choisit une forte ficelle, dont il forme une anse, qui embrasse le manche transversal du rétroceps, en passant à la partie externe et inférieure des deux tiges. Un des chefs du cordonnet est passé dans l'anneau du dynamomètre, préalablement engagé dans le crochet du taquet-écrou. Ce chef rassemblé avec le second chef, on serre fortement le cordonnet, dont on assure la striction par un double nœud.

De ce moment, le concours de l'aide qui maintenait le tracteur est devenu inutile. L'accoucheur, de la main gauche, saisissant la canule par sa partie taillée, de la main droite met en mouvement la manivelle terminale. Le cordon de

traction se tend, et l'anneau indicateur du dynamomètre indique le degré atteint par la force mécanique.

Lorsque l'on a recours au forceps, la puissance attractive peut être élevée à 50 kilogr., sans aucun préjudice pour la vie de l'enfant. Pour les raisons précédemment exposées, je n'oserais, sans de graves raisons, déployer une telle force sur le rétroceps. Lorsque cette dernière a atteint 35 à 40°, j'entre en défiance. Quand l'enfant est vivant, j'ai pour habitude d'enlever tout l'appareil, et de recourir à un autre agent de préhension. Si avec le déploiement d'une force de 50 kilogr., ce dernier se montre à son tour impuissant, il peut y avoir lieu de poser la question de l'embryotomie.

Est-il besoin de le faire observer ? Ces manœuvres excluent toute violence. C'est pour cette raison que ce mode d'extraction présente, pour la mère et pour l'enfant, bien plus de garanties d'innocuité que les efforts manuels, dont il est beaucoup plus difficile de calculer les effets.

Lorsque l'on fait usage d'un instrument symétrique, le manuel opératoire est de tous points différent.

Que l'on se serve d'un forceps à branches parallèles ou du forceps croisé, il est de rigueur d'insérer la force attractive en un point assez élevé des cuillers, pour correspondre au centre de figure de la tête. A cet effet, une petite ouverture est pratiquée à chacune des branches de ces mêmes cuillers, à la réunion de leur tiers supérieur avec leur tiers moyen. Un cordonnet, engagé dans ces ouvertures, permet de former une anse arrêtée par un double nœud. Cette anse doit être assez longue pour dépasser les organes générateurs, l'instrument de préhension une fois appliqué sur la tête.

Pour être sûr de trouver sous la main l'anse de traction, quand le moment sera venu de l'utiliser, on a eu soin, avant de pratiquer le double nœud qui a réuni les deux chefs du cordonnet, de la munir d'un petit anneau de caoutchouc, qui permet de la fixer sur les pitons, L implantés à la partie inférieure externe des tiges, au voisinage du manche.

Le forceps appliqué et articulé, le moment est venu d'utiliser les cordonnets, pour opérer la traction mécanique. Voici la manière de procéder à ce temps de la manœuvre.

Lorsque la tête est au sein de l'excavation, la malade peut être laissée étendue longitudinalement dans son lit, le siège relevé au moyen d'un coussin, d'un oreiller, d'un tabouret, etc., à l'effet de bien dégager la vulve.

Lorsque l'organe est au détroit supérieur et que la traction doit être dirigée fortement en bas, en un sens aussi rapproché que possible de la ligne fictive élevée sur le plan de ce même détroit supérieur, il est de rigueur d'assigner à la patiente l'attitude transversale. Le siège est amené en dehors de la couche ; les pieds trouvent un appui sur deux chaises. Dans cette position, la malade n'a besoin d'être maintenue par aucun aide.

La direction des portions extra-vulvaires du forceps indique celle qu'il convient d'assigner au tracteur. On insinue ce dernier directement au-dessous des premières et l'on va poser les croissants au voisinage de la vulve, en leur donnant telle direction nécessaire pour leur fournir un bon point d'appui.

Si la tête est très élevée, les croissants peuvent reposer à la racine postérieure des cuisses, au voisinage des tubérosités des ischions. Il m'est plus d'une fois arrivé, en pareils cas, d'assigner à la canule une direction se rapprochant de la perpendiculaire à l'axe du corps. C'est assez dire que cet instrument permet d'opérer la traction dans un sens irréprochable, le cordon attractif n'ayant pour limite que le bord antérieur du plancher périnéal.

Par contre, lorsque l'obstacle à vaincre mécaniquement réside au détroit inférieur, on peut fortement relever la canule. Alors la ligne de traction n'a pour limite antérieure que la portion inférieure de l'arcade pubienne. Dans ce dernier cas, les croissants sont implantés sur la partie antéro-interne et supérieure des cuisses. On voit par là que la traction peut s'effectuer selon un arc de cercle aussi étendu que possible.

Voici maintenant la manière de relier les deux anses des cordonnets de traction à la machine.

Le tracteur étant provisoirement maintenu par un aide, l'accoucheur dégage les cordonnets, en enlevant les anneaux de caoutchouc qui les maintenaient le long des tiges sur leurs pitons d'arrêt. Prenant en main un cordonnet suffisamment résistant, il engage un de ses chefs dans les deux anses, ramenées au-dessous des tiges du forceps. Un de ces chefs est engagé dans l'anneau du dynamomètre. Puis, les deux chefs assemblés par un demi-nœud, on opère une forte striction, tendant à donner la moindre longueur possible à ce nouveau lien, à l'effet d'assurer une action plus prompte, un champ plus long à la vis de la canule. Cette striction est assurée par un double nœud.

Le même effet peut être obtenu plus promptement, en se servant d'un fort cordon pourvu d'un excentrique, faisant l'effet du double nœud. Mais cette pièce accessoire n'est pas indispensable. On a toujours sous la main de forte ficelle. Quand il y a lieu d'enlever l'appareil, on coupe ce dernier lien avec des ciseaux, sauf à en appliquer un autre, si besoin est.

Le forceps et le tracteur ainsi reliés, l'aide cesse de maintenir l'appareil, et l'accoucheur, commodément installé sur un siège, en regard de la vulve, saisissant à pleine main la canule par sa partie taillée, met en mouvement la petite manivelle. Après quelques tours de vis, les cordons se tendent et les effets de la traction mécanique se décèlent par l'ascension de l'anneau-index du dynamomètre.

On ne tarde pas à voir se dresser les portions extra-vulvaires du forceps. Alors de deux choses l'une : ou bien l'instrument revient à vide, ou il descend, en entraînant la tête.

Dans le premier cas, l'action de l'instrument est si douce, que le dérapement s'effectue lentement et sans le moindre préjudice pour les parties molles de la mère. Dans le second cas, la tête est entraînée sans la moindre secousse. Le toucher digital permet à l'accoucheur de s'assurer aussitôt de ce qui se passe.

S'il s'agit d'un dérapement, le seul parti à prendre, c'est

d'enlever tout l'appareil et d'aviser à prendre un parti quelconque. Si l'opération marche à souhait, il n'y a qu'à continuer à faire mouvoir la vis de traction.

Contrairement à ce qui a lieu quand on fait usage du rétroceps, dans les cas qui nous occupent, l'extraction peut être opérée en un seul temps, sans qu'il soit nécessaire de dissocier les deux instruments. Pour mener à bien la manœuvre, il suffit souvent de relever l'extrémité manuelle de la canule. Sous l'influence de l'effort mécanique, on voit presque toujours se redresser les tiges du forceps, traduisant ainsi au dehors l'abaissement de la tête. Dans la dernière phase du travail, il est presque de règle, dans les occipito-antérieures, de voir ces mêmes tiges s'incliner vers l'aine à laquelle répond l'occiput de l'enfant.

Lorsqu'il s'opère un mouvement étendu de rotation intérieure de la tête, ce mouvement se traduit également au dehors par le changement de direction de l'ensemble de l'instrument.

C'est cette grande liberté laissée à la tête, dans son évolution intra-pelvienne, qui rend compte de tant de succès faciles obtenus par cette méthode. Par son précieux concours, ce n'est plus l'accoucheur qui commande ; il n'a qu'à laisser faire. Il fait moins étalage de science, il est vrai, mais combien n'en est pas plus sûre, en même temps que plus prompte et plus facile, son œuvre de salut ?

On doit comprendre, d'après ce qui précède, que la condition presque *sine qua non* de la liberté de l'évolution intra-pelvienne de la tête, est en rapport avec la légèreté de l'agent de préhension. On ne saurait, assurément, obtenir des résultats aussi avantageux avec le grand forceps, dont le poids est de 710 gr., qu'avec mon forceps à branches parallèles, chez lequel ce même poids est réduit à 480 gr. Si minime que puisse paraître cette différence, il faut en tenir grand compte, en raison de la longueur du bras de levier.

Deux mots seulement, pour terminer, sur le *point d'appui* dont j'ai fait choix.

On pourrait craindre que l'appareil ne trouvât pas, à

l'aide de deux simples croissants, un solide point d'implantation. Ce serait à tort. Comme la traction s'effectue toujours dans une bonne direction, sous son influence, l'appareil n'éprouve aucune tendance à se déplacer. On n'a nul besoin de recourir à la force pour le maintenir. Pour entraîner la canule, il faudrait déployer une force que, dans l'espèce, on ne doit jamais atteindre. C'est là, même, un précieux *criterium* dont il faut tenir grand compte. Si l'on a quelque peine à fixer la canule, c'est que la ligne de traction est défectueuse, ou que l'on se trouve en présence d'un obstacle sérieux, que l'on doit s'efforcer de surmonter d'une autre façon.

On pourrait craindre, également, que les croissants, portant sur des parties si délicates, fussent douloureusement supportés par les malades ? Encore une fois, ce serait à tort. Les tractions les plus fortes ne donnent lieu, sur ces points, à aucune souffrance, n'y déterminent aucune contusion. Il m'est arrivé de déployer une force de 80 kilogr. et plus, limite qu'on ne doit jamais atteindre. Les patientes n'en ont ressenti aucune impression pénible. A la suite de l'opération, elles n'ont accusé aucun sentiment de courbature.

A tous égards, cet instrument me semble donc réaliser toutes les conditions désirables. Il pourra être copié quelque jour. Mais je doute que ce puisse être avec quelqu'avantage.

Tels sont les principaux éléments d'action dont je fais usage avec prédilection dans ma pratique. Ces instruments n'étant pas suffisamment connus de bon nombre de mes confrères, j'ai dû donner une certaine étendue à cette partie descriptive de mon travail. Ces notions préliminaires vont me permettre, désormais, une marche plus rapide. Je puis, enfin, aborder le champ de la dystocie. Je vais faire en sorte de le parcourir, en traitant de la façon la plus pratique les diverses questions dont je me propose de faire l'étude.

---

# PARTIE PRATIQUE.

L'étude de la dystocie comporte deux grandes divisions naturelles. La première comprend les cas dans lesquels l'obstacle à l'accouchement est de provenance maternelle. Dans la seconde division se répartissent ceux dans lesquels la difficulté de la parturition provient du fait de l'enfant. En conséquence, j'aurai à m'occuper successivement *de la dystocie maternelle* et *de la dystocie fœtale.*

## DYSTOCIE MATERNELLE.

### I. — Obstacles apportés par les parties molles.

Les parties molles constituent l'obstacle à la parturition contre lequel l'accoucheur est le plus fréquemment appelé à intervenir. Est-il rien de plus commun que de voir la tête arrêtée par la rigidité du périnée, et l'étroitesse extrême de l'orifice vulvaire ? Parlerai-je de la constriction du col, de son défaut d'effacement, de l'inertie de l'utérus? C'est dans de telles conditions, que se trouvent les éléments de l'obstétrique militante courante.

En dehors de ces cas, il en est un certain nombre d'autres beaucoup plus rares, il est vrai, mais que l'on peut encore avoir l'occasion de rencontrer. Je dirai quelques mots sur chacun d'eux, en commençant de bas en haut. Pour joindre l'exemple au précepte, je rappellerai quelques faits dignes d'intérêt que j'ai rencontrés dans ma pratique.

#### § 1. — *Etroitesse extrême de la vulve ; rigidité du périnée.*

L'atrésie vulvaire n'est pas très rare chez la femme. Les revues périodiques fourmillent de faits dans lesquels l'occlusion complète de la vulve a donné lieu à la rétention absolue du flux menstruel. Je n'en ai rencontré, pour mon compte, qu'un seul exemple, mais il est fort intéressant.

Bien qu'il n'ait, avec notre objet, qu'une afférence assez indirecte, je crois bon cependant d'en faire une sommaire relation.

Mlle A. avait dû, à l'âge de 18 ans, subir une opération pour ouvrir un passage au sang menstruel. A partir de ce moment, tout alla à merveille. Mais à 32 ans, s'étant décidée à contracter mariage, elle désira savoir si elle était apte à remplir son devoir d'épouse. Consulté sur cet objet le 16 juin 1874, je trouvai l'orifice vaginal rétréci au point de ne pouvoir admettre qu'une sonde de femme. Le toucher rectal me fit reconnaître que l'utérus était d'un développement normal. Je proposai d'effectuer de suite l'opération, dont je garantissais les excellents effets. Mlle A., ainsi que sa tante qui l'accompagnait, jugea bon d'en référer au futur, qui préféra que cette opération ne fût pratiquée qu'après le mariage. Le rapprochement sexuel, ainsi que je l'avais annoncé, ne put s'effectuer, et le 15 juillet suivant, les deux époux vinrent faire appel à mon assistance.

Je pratiquai l'opération du débridement multiple, et plaçai dans la vulve une éponge à la ficelle. Je conseillai de la laisser en place quelques heures, puis alors de la retirer, et de se livrer aussitôt à la copulation. Ainsi fut fait, et avec un succès complet, à la grande satisfaction des parties.

Mme L. devint presqu'aussitôt enceinte, bien que la disparition du cervix m'eût fait concevoir des craintes de stérilité. Ce col vierge, au lieu d'être conique, était sessile, c'est-à-dire absolument plat, et présentait une sorte de valvule antéro-postérieure, dans sa partie latérale gauche.

L'atrésie vulvaire, lorsqu'elle n'est pas absolue, bien que s'opposant à l'introduction du penis, n'est pas une cause forcée de stérilité. Plus d'un accoucheur a dû pratiquer le débridement au moment même de la parturition.

Les cas de cette nature sont extrêmement rares. Très communs, au contraire, sont ceux qui sont en rapport avec l'étroitesse simple de la vulve, et la rigidité du périnée. Il n'est guère de primipare qui n'ait plus ou moins à lutter contre cet obstacle apporté au passage de la tête.

Comment parer à cette condition défavorable ?

Les bains, les onctions avec les corps gras, ne sont que des palliatifs d'une action infidèle. Si l'accouchement ne semble pas tendre vers sa solution, mieux vaut recourir au forceps.

En pareils cas, pour les raisons suivantes, le rétroceps doit être employé de préférence. Ses cuillers sont plus étroites; l'instrument s'articule sans écartement des branches, c'est-à-dire sans aucune douleur pour la femme; son aspect n'a rien d'effrayant; les tractions, enfin, s'opèrent avec un ou deux doigts, à des invervalles plus ou moins éloignés, selon les convenances de l'accoucheur. (Il est à ma connaissance que plusieurs partisans de la méthode rétrocépitale n'ont pas craint de laisser jusqu'à trois heures le rétroceps au sein des organes gestateurs.)

Mais l'extraction comporte de grandes précautions. Il faut se défier des périnées secs et rigides. Ils éclatent comme du verre. La plus petite éraillure de la fourchette ouvre la voie aux plus larges déchirures. Il se passe alors ce que nous produisons tous, lorsque nous voulons partager une étoffe à droit fil. On coupe avec des ciseaux une très petite étendue de la trame, puis on tire en sens contraire de l'un et de l'autre côté de la section, et cette étoffe se déchire d'un bout à l'autre. Il en est ainsi du périnée.

Je ne ferai que signaler les déchirures centrales, qui sont beaucoup plus rares, et tiennent à un même ordre de causes.

Pour éviter cet accident, qui survient encore plus souvent qu'on ne pense, au moment du dégagement du bras postérieur, il n'y a qu'une chose à faire. Il faut s'armer de ciseaux, et effectuer, de l'un et de l'autre côté, et à quelque distance du raphé périnéal, une petite incision de 0,01. Cette précaution met sûrement à l'abri de toute grave lésion de ce côté, tout en facilitant, de la façon la plus heureuse, l'extraction de l'organe.

Il est des accoucheurs qui condamnent une telle pratique, sous prétexte que les petites plaies résultant de ces incisions sont douloureuses au contact des urines et des lochies.

Pour moi ces inconvénients sont fort peu de chose, comparativement aux dangers que permet d'éviter une mesure de précaution en somme peu douloureuse et absolument inoffensive.

Pour joindre l'exemple au précepte, je relaterai succinctement l'observation suivante, qui me permettra de faire voir de quelle façon doit être utilisé le rétroceps, employé en tant qu'*instrument de douceur*.

*Observation.* — Mme P., primipare, âgée de 34 ans. Invasion du travail le 28 mars 1879, à 4 heures du matin. Dilatation complète à midi. Les douleurs s'éloignant et s'affaiblissant de plus en plus, Mme Béringué, sage-femme, qui présidait au travail, m'envoya demander à 7 heures du soir.

Tête au-dessus des ischions. Battements fœtaux très faibles. Sans déranger la malade, application du rétroceps. Articulation des branches des plus faciles. Tractions toutes les 3 ou 4 minutes avec deux ou trois doigts. La tête ne s'abaissant pas, de plus fortes tractions étant devenues nécessaires, je fis placer la patiente en diagonale dans son lit. La jambe droite, correspondant au bord de la couche, étant demi-fléchie sur la cuisse, je pris contre le genou un point d'appui. Saisissant le manche du rétroceps à pleine main droite, j'opérai, aux intervalles ci-dessus, des tractions plus énergiques, sous l'influence desquelles ne tarda pas à bomber le périnée.

Mais la dilatation de la vulve restait insuffisante pour livrer passage à la tête. Pour éviter une rupture, je saisis le moment d'une douleur et, pendant que je tirais de la main gauche sur le rétroceps, afin de mieux distendre l'orifice vulvaire, je pratiquai, de la droite, avec des ciseaux, une incision de 0,01 de chaque côté du raphé. Grâce à cette précaution, je parvins à énucléer la tête sans produire aucune autre lésion.

La tête extraite, le tronc ne suivant pas, je portai le doigt à la région cervicale. Le cordon passait en sautoir sur l'épaule gauche. J'opérai la section du funicule et l'extraction fut ensuite effectuée avec la plus grande facilite.

Le reste de l'accouchement ne présenta rien de particulier.

La nouvelle accouchée n'a accusé aucune douleur résultant des incisions périnéales.

§ 2. — *Membranes cicatricielles du vagin.*

Les cas de cette nature, assez prononcés pour mettre obstacle au passage de la tête, sont excessivement rares. J'ai eu la bonne fortune, si c'en est une, d'en rencontrer un. Comme ce fait est, sans doute, unique en son genre, dans les annales de la science, je vais en faire la relation. Cette observation, du reste, présente aussi le plus grand intérêt, au point de vue pratique.

*Observation.* — Au mois d'avril 1874, je fus appelé par un honorable confrère, requis lui-même par une sage-femme, pour une indigente dont ils n'osèrent pas entreprendre la délivrance. Cette femme, âgée de 40 ans, était accouchée pour la première fois, seize mois auparavant. La matrone qui l'assistait avait cru bon de laisser la tête 21 *heures, visible entre les ischions!* A la suite de cette couche malheureuse, la pauvre femme cessa d'être maîtresse de ses urines, et la presque totalité des fèces prit voie par le vagin.

A mon arrivée, je constatai une large fistule recto-vaginale, et une autre fistule vésico-vaginale. Au-dessus de ces deux orifices, le doigt rencontrait une toile membraneuse très épaisse, formant, transversalement dans le vagin, un diaphragme complet.

La partie antérieure de cette cloison, d'une extrême épaisseur, et formant une sorte de croissant, aboutissait vers le centre du conduit, à deux petits pertuis dont l'antérieur, le plus grand, pouvait admettre à peine l'extrémité de l'index. Ces pertuis étaient séparés par un pont large de 0,015. En engageant le bout de l'index au travers de la plus large de ces ouvertures, et en forçant un peu, on arrivait au contact de la tête. Avant mon arrivée, la sage-

femme avait senti, par cette étroite voie, la poche des eaux, qu'il ne m'a pas été donné à moi-même de reconnaître.

Ces épaisses brides cicatricielles étaient le fruit d'un accouchement malheureux, dont les effets avaient encore été aggravés par des tentatives non moins malheureuses, effectuées en vue d'opérer la fistule vésico-vaginale.

Je commençai, avec un bistouri boutonné, par sectionner le pont qui séparait les deux orifices. Ce fut alors que je me rendis mieux compte encore de la disposition en croissant de la portion membraneuse antérieure, dont j'ai déjà parlé et dont la base offrait une grande épaisseur.

Ce premier temps effectué, restait à opérer l'extraction. Le passage était fort étroit, mais il me parut suffisant pour l'introduction des étroites cuillers du rétroceps. Mon confrère possédait cet instrument : je lui confiai le soin de son application.

Le peu d'espace ne lui ayant pas permis de mener à bien sa manœuvre, je m'en chargeai moi-même, et quelques minutes me suffirent, en raison de ma plus grande expérience dans l'emploi de mon propre instrument. Alors commencèrent les tentatives d'extraction. Après avoir moi-même tiré à pleines mains, je priai mon confrère de prendre une part dans ce labeur. Nos efforts demeurèrent absolument stériles.

Ce fut alors seulement que je me décidai à faire usage de mon appareil à traction, que je reliai au rétroceps. Je développai une force de 30 kilogr.

Sous l'influence de cet effort soutenu, la tête s'abaissa, et l'orifice cervical, ou plutôt cicatriciel, devint sensiblement plus perméable. En persévérant dans une telle voie, en augmentant la puissance mécanique, le succès paraissait assuré. Cependant, je crus devoir enlever le rétroceps, et lui substituer le forceps à branches parallèles. Je pensai, en effet, qu'il s'agissait, dans l'espèce, moins de réduire la tête, que d'opérer l'allongement de son diamètre vertical, pour l'entraîner avec moins de peine, au travers de ce véritable laminoir membraneux.

Cette substitution de forceps opérée, je fis de nouveau

agir la machine, qui ne tarda pas à développer une force de 50 kilogr. Pendant l'effort mécanique, mon confrère était chargé du soin de relever, avec les doigts, la bride cicatricielle antérieure, qui opposait au passage de la tête la résistance la plus considérable.

Quelques instants me suffirent pour extraire une tête en pain de sucre, mais dont les pièces osseuses, examinées avec la plus grande attention, ne nous présentèrent aucune trace de fracture. L'enfant était privé de vie. N'ayant pas, au préalable, pratiqué d'auscultation, je ne saurais préciser l'époque non plus que la véritable cause de sa mort.

Il ne m'avait pas fallu moins de trois heures pour effectuer cette opération ! Il est juste d'ajouter qu'elle ne m'avait occasionné aucune peine physique. A part mes premières tractions, que j'avais cru bon d'effectuer avec les mains, les autres avaient été faites à l'aide de la machine. Pendant mes manœuvres, commodément assis sur une chaise, je n'avais eu d'autre peine que celle de faire mouvoir la vis de traction.

Je dois encore signaler une particularité propre à démontrer que nul ne doit avoir le cœur mieux placé que l'accoucheur.

Il ne m'est jamais arrivé, dans le cours de ma carrière, de faire une opération aussi pleine de dégoût. Pour tout dire en un mot, durant plus de trois heures, j'ai eu les mains dans les matières fécales, qui n'ont cessé d'affluer dans le vagin, par l'orifice fistuleux. J'avais fait apporter auprès de moi un grand vase rempli d'eau, dans laquelle j'ai dû faire d incessantes ablutions, non pour des raisons de propreté, mais pour me rendre possible la manœuvre de mes instruments.

Quelques mots me suffiront pour compléter la triste histoire de cette malheureuse femme. Son état de misère étant extrême, nous la fîmes, après quelques jours, transporter à la maternité. Là, elle se rétablit sans fièvre, et sans le moindre accident. Au bout de 15 jours, son mari la contraignit de quitter cet établissement. Dès le lendemain, il la faisait monter en chemin de fer. J'ignore quelle a été depuis sa destinée.

Au point de vue pratique, cette observation est intéressante, en ce qu'elle m'a permis de faire voir le parti que l'on peut tirer, dans un même accouchement, de l'emploi successif du rétroceps et du forceps symétrique, associés tour à tour à l'appareil à traction. Je dois dire, cependant, que, dans l'espèce, le rétroceps eût pu, sans aucun doute, me rendre le même service que le forceps, si j'avais trouvé convenable d'utiliser sur lui la même somme de force attractive. Mais chacun de ces agents de préhension remplit des indications particulières. Lorsqu'il y a lieu d'opérer la réduction du périmètre céphalique, il pourrait y avoir danger pour la vie de l'enfant en effectuant de fortes tractions à l'aide du rétroceps, qui agit en comprimant le diamètre antéro-postérieur de la boîte crânienne. A moins d'une réduction à opérer, quand une force de 35 à 40 kilogr. se montre insuffisante pour entraîner l'organe au moyen du rétroceps, il est dans mes habitudes d'enlever cet instrument et de lui substituer un forceps symétrique à traction concentrique. Ce dernier instrument prend mieux les intérêts de l'enfant. Mais en pareils cas aussi, il permet de ménager un peu plus la mère.

§ 3. — *Cloisonnement longitudinal complet du vagin.*

Il est encore un cas de dystocie vaginale, qu'il m'a été donné de rencontrer, et dont on ne trouve que de très rares exemples dans les annales de l'art. Ce fait ayant été relaté *in extenso* dans mon *Traité pratique du rétroceps* (p. 282), je n'en rapporterai ici que la substance.

Deux sages-femmes diplômées m'appelèrent en aide, au mois d'octobre 1872, pour un soi-disant cas de *grossesse extra-utérine*. Elles n'avaient pu parvenir à trouver l'orifice de l'utérus. Comme je percevais très bien la sensation des eaux de l'amnios, puis de la tête, au travers d'une paroi fort mince que je prenais pour la lèvre cervicale antérieure très distendue, j'écartais l'hypothèse émise par les matrones. Je m'arrêtai, tout d'abord, à l'idée de l'occlusion complète de l'orifice cervical, bien qu'il m'eût été impos-

sible de constater la présence de la plus petite cicatrice ombilicale.

A force de réfléchir et d'examiner, je finis par trouver la clef de cette énigme obstétricale, et, je puis le dire aussi, celle qui devait m'ouvrir la porte de cet utérus, qui paraissait si bien fermé.

Au-dessous du clitoris se remarquaient deux orifices, l'un supérieur à peine visible, l'autre inférieur, du double plus large, et situé dans un plan un peu antérieur par rapport au premier. J'avais d'abord pris ce dernier pour le méat urinaire, mais en ayant pratiqué le cathétérisme, ma sonde de femme, engagée à moitié, avait été arrêtée, et n'avait amené aucun liquide.

La même opération effectuée sur l'autre orifice, n'avait pas tardé à me faire voir que c'était bien ce dernier qui était le *bon canal*. Donc, du premier, il n'y avait plus à se préoccuper.

Assez longtemps, cependant, je persévérai à considérer le méat inférieur comme un anneau incomplet, constitué par des duplicatures des nymphes. Ce ne fut, je dois le dire, qu'après bien des réflexions, bien des tergiversations, que l'idée me vint enfin de l'explorer avec attention.

J'introduisis donc, dans cette étroite ouverture, la phalangette de l'auriculaire. Ce fut alors seulement que je pus m'assurer qu'il s'agissait, en réalité, d'un anneau complet. Cette introduction arracha à la femme les cris les plus perçants. Je persévérai quand même dans cette exploration, en imprimant à mon petit doigt un véritable mouvement de vrille. Je parvins, de la sorte, à engager les deux dernières phalanges. Or, quelle ne fut pas ma surprise ? L'extrémité du doigt fut bientôt arrêtée par un corps dur : c'était la voûte crânienne !

Il n'y avait plus à en douter. Cette femme possédait un double vagin ; l'un, le postérieur, très spacieux, avait constitué le réceptacle du mari. L'autre, l'antérieur, à orifice vestibulaire très étroit, était le seul chemin du méat utérin. Tenant compte de la déclivité extrême de ce même orifice, de l'intégrité complète de la membrane de cloisonnement,

on peut se demander comment a pu se produire la fécondation.

Les fonctions de la génération sont pleines de mystères. Il en est de bien plus étranges que cet exemple, dont le voile est assez aisé à soulever. La conception, évidemment, a été ici le produit de la migration des animalcules spermatiques. Eu égard à l'abondance de la liqueur séminale déposée dans le vagin postérieur, on conçoit mieux encore ici cette migration que dans les cas où quelques gouttes de sperme, projetées contre l'orifice vulvaire atrésié, n'y séjournent, de plus, que durant fort peu de temps.

La véritable voie une fois trouvée, voici comment je procédai à la délivrance.

J'opérai la dilatation digitale méthodique de l'orifice inférieur. Lorsque l'ouverture présenta un diamètre de 0m04 environ, j'appliquai le rétroceps; quelques minutes me suffirent, dès lors, pour extraire un enfant vivant.

A quelque temps de là, j'examinai la malade : elle ne possédait plus qu'un vagin unique. Il ne restait d'autre trace de la cloison longitudinale surnuméraire qu'un double cordonnet cicatriciel.

L'année suivante, cette femme a eu un second enfant, et mon assistance n'a pas été nécessaire.

Les cas de cette nature sont extrêmement rares. En d'aussi délicates conjonctures, l'incertitude, l'hésitation de l'accoucheur n'ont, certes, aucunement lieu de surprendre. Inclinant fortement à croire à une obstruction du méat utérin, je m'étais fortifié dans l'idée de me frayer un passage au travers de la cloison. La découverte d'un orifice naturel avait dû me faire renoncer à ce dessein.

Qui sait, en effet, si une incision d'étendue suffisante, pratiquée avec un instrument tranchant, n'eût pas donné lieu à une hémorragie? Chacun connaît la riche vascularisation des parois vaginales. C'est cette particularité qui rend compte des dangers de l'ablation avec le bistouri des kystes séro-abdominaux développés dans cette région (1),

(1) Voir le nº du 1er octobre 1878, p. 509 de la *Revue de thérapeutique méd.-chir.*

l'abondance de l'hémorragie consécutive à l'avivement sanglant, dans l'opération de la fistule vésico-vaginale, etc.

Ce fut la crainte de m'exposer à un tel danger qui me décida à pénétrer dans l'utérus par l'étroit orifice graduellement dilaté. Malgré toutes mes précautions, cet orifice, ainsi que la cloison surnuméraire, ont été complètement déchirés, au moment de l'extraction du produit. Mais une déchirure offre moins de chance d'hémorragie qu'une incision avec l'instrument tranchant. Toujours est-il (et c'était là le point essentiel) que les choses se sont passées au mieux et que cet accouchement artificiel, à tous égards, a eu la solution la plus heureuse.

### § 4. — *Oblitération complète du méat utérin.*

Je n'ai rencontré qu'un seul exemple de ce cas de dystocie, dans une pratique de plus d'un quart de siècle.

Une sage-femme, assistant une jeune primipare, étonnée de ne pas sentir la tête progresser, malgré l'énergie des douleurs, prit le parti de recourir aux lumières d'un honorable confrère qui, embarrassé à son tour, me fit l'honneur de m'appeler en aide. Les conditions de la malade offraient la plus grande analogie avec celles dont j'ai parlé dans le fait qui précède.

Au travers d'une très mince cloison, on percevait la sensation d'une poche des eaux, se bombant sous l'influence des contractions. Dans l'absence de ces dernières, le doigt sentait très bien la tête. Quant à un orifice, on n'en trouvait aucun vestige.

A force de chercher, cependant, je finis par découvrir, au fond et à la partie centrale de la cavité du vagin, une cicatrice ombilicale à peine perceptible à la pulpe de l'index. Cette notion me porta à conclure qu'il s'agissait d'un cas d'occlusion inflammatoire de l'orifice cervical.

Ce diagnostic posé, ma résolution fut bientôt prise. Au moment d'une douleur, l'extrémité d'une sonde cannelée fut conduite au voisinage de la petite cicatrice, et la perforation de la même paroi fut opérée sans aucune peine. Aussitôt jaillit un flot abondant de liquide amniotique.

J'étais disposé à terminer au plus tôt l'accouchement ; mon confrère fut d'un avis contraire, auquel je crus devoir me rendre par déférence. J'étais chez sa malade ; il n'y avait, en outre, aucun péril en la demeure. Nous nous retirâmes tous deux, confiant la jeune femme aux soins de la sage-femme.

Le travail continua sa marche régulière, et aboutit à une solution heureuse dix ou douze heures après notre départ.

Si pareil cas se présente un jour dans la pratique de mes jeunes confrères, ils feront bien de procéder ainsi que nous l'avons fait ; en de telles conditions, l'emploi de la sonde cannelée n'a aucun danger.

Si l'on jugeait convenable de précipiter la marche du travail, il faudrait élargir méthodiquement et sans aucune violence, avec le doigt, l'étroite ouverture artificielle. En raison de l'amincissement de l'anneau cervical, la dilatation se fait aisément et avec promptitude. Pour en finir, il y aurait lieu d'appliquer le rétroceps, aussitôt que le diamètre de l'orifice serait assez ouvert pour livrer passage aux étroites cuillers de l'instrument.

En opérant artificiellement l'ouverture du col, on épargne à la patiente de longues souffrances et, considération capitale, on peut éviter un péril extrême et non sans exemples, à savoir : la rupture de l'utérus.

### § 5. — *Défaut de dilatation de l'orifice cervical.*

La rigidité du col, la résistance de ses fibres annulaires constituent une des conditions de dystocie pour lesquelles l'intervention de l'accoucheur est le plus fréquemment réclamée. En conséquence, je crois devoir m'occuper avec un soin particulier de cette importante question.

Je dois d'abord prémunir contre une cause assez fréquente d'erreur, dont les conséquences peuvent être des plus graves.

Le col utérin peut s'amincir au point de ne présenter que l'épaisseur d'une feuille de papier.

Quelquefois cet amincissement ne porte que sur la lèvre antérieure. L'orifice, situé fort haut en arrière, est difficile à atteindre. Rien de plus aisé alors que de commettre une méprise et d'appliquer le forceps, non directement sur la tête, mais sur le col. J'ai rapporté précédemment (v. p. 25) un fait de cette nature qui eût pu avoir les plus fâcheuses conséquences.

Dans des cas plus fréquents, cet amincissement porte sur toute l'aire cervicale, vers le milieu de laquelle l'orifice a conservé sa place. Les lèvres distendues sont tellement minces, que le doigt explorateur semble porter directement sur la tête. Nombre de fois le forceps a été appliqué en de pareilles conditions. Trop heureux, la patiente et l'accoucheur, quand cette méprise ne donne lieu qu'à un simple dérapement de l'instrument !

Il est un danger bien autrement redoutable que la lacération du col. On a vu plus d'une fois les becs de l'instrument, dirigé par des mains inexpérimentées, déterminer une perforation mortelle du cul-de-sac vaginal !

Il ne faudrait pas croire qu'il soit toujours aisé de se mettre à l'abri d'un tel accident. Il s'en est fallu de peu qu'il ne se soit produit entre mes mains, il y a de cela quelques années. Voici dans quelles circonstances :

Je fus appelé, par une sage-femme, pour accoucher une jeune primipare, chez laquelle des douleurs énergiques et soutenues restaient sans effet. Je trouvai une dilatation de 0,04 environ. Le col était si aminci, si exactement appliqué sur la tête, qu'un accoucheur inexpérimenté eût pu croire à un effacement complet de l'orifice.

Jugeant la dilatation suffisante pour le passage des cuillers du rétroceps, je soulevai, de l'index droit, le bord postérieur gauche du col et je m'efforçai de glisser le bec de la cuiller gauche entre mon doigt et la tête. Lorsque l'instrument me sembla engagé dans la bonne voie, je retirai le doigt conducteur et, tenant la tige comme une plume à écrire, je m'efforçai de compléter le mouvement d'introduction.

La cuiller était engagée assez profondément ; mais la

tige ne me paraissait pas suffisamment abaissée. Je m'efforçai, par de douces tentatives, de donner une meilleure position au levier. N'arrivant à aucun résultat satisfaisant, je soupçonnai quelque chose d'insolite. J'engageai l'index jusqu'au col, dont j'explorai avec soin la circonférence.

L'orifice était libre ! La cuiller, quittant, à mon insu, le doigt conducteur, avait glissé en dehors et avait été se loger dans le cul-de-sac vaginal.

Je retirai ma branche, insinuai deux doigts dans le col, et conduisis, sur leur face palmaire, le bec de ma cuiller qui, mieux dirigé, prit cette fois une bonne direction.

L'accouchement fut vite terminé, et ne présenta plus rien de particulier.

Ceci est de la *pratique en action*, que ce fait reste gravé dans la mémoire de mes lecteurs. Ce souvenir pourra devenir pour eux une sauvegarde. ..

Malheureusement, ce n'est que par exception que l'orifice présente une minceur qui en facilite singulièrement la dilatation artificielle.

Le plus souvent, le col est plus ou moins épais, et nullement dilatable.

Cependant, la femme, je suppose, est atteinte de convulsions; elle est en proie à une hémorragie inquiétante. Il y a péril de mort pour deux existences : les minutes sont des siècles ; il faut en finir au plus tôt. Quelle doit être la conduite de l'accoucheur ?

Pour hâter la solution du travail, sans parler des onctions belladonées qui, en somme, méritent peu de confiance, on a conseillé les irrigations à grande eau, le jet étant projeté au moyen d'une longue canule sur le col même de l'utérus.

D'autres ont préconisé l'introduction d'une bougie, d'une plume d'oie, d'une branche de forceps dans la matrice, avec l'espoir d'éveiller les contractions. Tous ces moyens peuvent avoir du bon, mais il sont très aléatoires. Il ne faut nullement compter sur eux, quand une intervention immédiate est nécessaire.

Voici, entre autres, un cas qui fait voir jusqu'à quel point il est permis de faire fond sur un des moyens réputé le plus puissant de stimulation utérine : je veux parler des *douches cervicales*.

Au mois de janvier 1873, je fus appelé à donner des soins à une primipare enceinte de 7 1/2 mois, affectée d'œdème peu prononcé, avec urines fortement chargées d'albumine. Dès le 11, cette jeune femme présentait les accidents les plus graves, et une céphalalgie persistante donnait lieu de redouter l'explosion d'attaques éclamptiques.

Jusqu'au 25, je temporisai, me bornant à combattre l'épiphénomène prodromique par des injections sous-cutanées de morphine. Décidé à mettre fin à un état qui s'aggravait incessamment, à cette dernière date, je commençai à faire prendre à la malade des douches utéro-vaginales, pour inciter le travail. Le 29, à 5 heures du matin, les douleurs s'éveillèrent ; mais leur portée resta insignifiante.

Depuis la veille, pour opérer une stimulation plus effective, j'avais mis en œuvre une petite pompe d'arrosage, à jet assez énergique, projeté directement sur le col. Durant le cours du travail, j'eus encore plusieurs fois recours à ce moyen, pour hâter la dilatation. Malgré tout, les douleurs, de plus en plus faibles, n'amenaient aucun résultat.

Cependant la malade avait des attaques de nerfs et des menaces de syncope. Elle était dans un état d'épuisement extrême. Je redoutais, à chaque instant, l'explosion des accidents convulsifs. D'un autre côté, l'enfant était vivant et arrivé au terme de 8 mois environ. Il fallait donc en finir au plus vite. Ne pouvant faire aucun fond sur les irrigations utéro-vaginales, voici la ligne de conduite que je crus bon d'adopter.

Le col, à midi, offrait une dilatation de 0m04, avec un peu de dilatabilité. J'introduisis le rétroceps et, en même temps que, d'une main, j'opérais avec précaution la dilatation de la lèvre antérieure, de l'autre, j'effectuais des tractions méthodiques, à un intervalle de 5 en 5 minutes. A midi et demi, la tête était extraite.

Malheureusement, le cordon était tellement serré autour

du cou, que j'eus une certaine peine à le sectionner. Toute la région cervicale, jusqu'au sternum, était ecchymosée par le fait de cette striction. L'enfant, abandonné comme privé de vie, revint cependant à lui, au bout d'une heure et demie. Il a succombé vingt-sept heures après sa venue au monde.

A la suite de cet accouchement, dont les suites locales ont été très heureuses, cette jeune femme est tombée dans un état d'épuisement extrême. Elle a été jugée désespérée. Il lui a fallu plus de six mois pour se remettre. Mon intervention n'avait été que trop tardive.

Je dois, à cette occasion, signaler un procédé de dilatation que je n'ai vu signalé nulle part, et qui est de nature à rendre service dans les conditions critiques analogues à celles dont il va être question.

Le 6 août 1870, je trouvai deux sages-femmes occupées à donner des soins à une primipare en proie, depuis 9 heures du matin, à de violentes attaques d'éclampsie. L'infiltration était extrême; l'orifice vulvaire était devenu inaccessible. La malade était au terme de 8 mois. Je fis une application de ventouse mécanique et opérai l'extraction de 300 grammes de sang à la région mastoïdienne.

Je pratiquai ensuite quelques mouchetures sur les grandes lèvres.

A deux heures de l'après-midi, 4e convulsion. Les parties étaient moins œdématiées. Je pratiquai encore quelques mouchetures.

A 5 heures du soir, 8me convulsion. Col très épais, ouvert de 0,035. J'avais fait administrer plusieurs douches cervicales, sans éveiller les douleurs, sans obtenir non plus des effets locaux bien satisfaisants. Il y avait grand péril en la demeure, et il fallait en terminer au plus tôt. Impossible, cependant, de faire pénétrer les cuillers du rétroceps au travers d'un col épais, indilatable, ouvert seulement, je l'ai dit, de 0,035. Ce fut alors que la sage-femme la plus âgée me proposa de mettre en œuvre un moyen de dilatation qu'elle m'assura avoir nombre de fois déjà employé avec

succès dans les cas de cette nature. En raison des graves conjonctures où se trouvait la malade, je crus n'avoir pas grands risques à lui faire courir. *Melius anceps quam nullum remedium.*

Mme X. introduisit deux doigts de la main droite en avant de la lèvre cervicale postérieure, deux doigts de la main gauche purent accrocher la lèvre antérieure, et un effort soutenu, bien calculé, assez énergique, fut effectué, en sens contraire, pendant quelques secondes.

Cette manœuvre avait eu pour effet d'augmenter de 0,01 l'orifice cervical, ouvert désormais de 0,045. La dilatation était devenue suffisante pour l'introduction du rétroceps.

A quelques minutes de là, j'opérais, à l'aide de cet instrument, l'extraction d'un enfant mort.

Une heure après l'accouchement, 9me et dernière convulsion.

Pour compléter cette observation, j'ajouterai que cette jeune femme, à la suite de son accouchement, non plus que la malade dont j'ai tracé précédemment l'histoire, n'a eu aucun symptôme local particulier, comme conséquence de sa délivrance artificielle. Mais il s'est déclaré un œdème pulmonaire, de la diarrhée et autres complications de la dyscrasie albuminurique. Bref, la malade a succombé aux suites de cette affection, seize jours après sa délivrance.

Je crois devoir insister encore sur les *moyens à mettre en usage pour hâter la dilatation de l'orifice cervical.*

Lorsque le col est mince, il cède d'ordinaire aisément, sous l'influence d'une faible pression excentrique. Lorsqu'il est épais, il est loin d'en être de même. Les efforts exercés sur lui ne doivent comporter aucune violence. Il faut avoir soin de les effectuer avec de grands ménagements et *faire en sorte qu'ils portent uniquement sur le limbe cervical.*

Lorsque l'on met en œuvre le rétroceps, l'instrument agissant sur la lèvre cervicale postérieure, l'accoucheur n'a plus à se préoccuper que de la lèvre antérieure, qui surtout fait obstacle au passage de la tête.

Lorsque les tractions ne comportent qu'un faible déploie-

ment de force, on les effectue d'une seule main, deux doigts de l'autre main étant, de concert, utilisés, au moment de l'effort, pour assouplir et repousser la lèvre antérieure.

La résistance à vaincre est-elle plus considérable ? Que l'accoucheur se voie dans la nécessité d'opérer ses tractions à deux mains, qu'il juge convenable d'associer au rétroceps un appareil à traction, le concours d'un aide intelligent devient indispensable pour agir simultanément, et toujours au moment de l'effort, sur la lèvre antérieure du cervix.

*La dilatation artificielle*, encore une fois, *doit être faite avec de grands ménagements, en appuyant directement la pulpe de deux ou de trois doigts sur le bord libre de cette même lèvre antérieure.*

Je pourrais emprunter à ma pratique une foule de faits dans lesquels, pour une raison ou pour une autre, ayant jugé convenable de précipiter la marche du travail, j'ai dû recourir à de telles manœuvres. Or, je puis en donner l'assurance formelle, non-seulement je n'ai jamais déterminé le moindre accident traumatique, mais encore j'ai toujours eu lieu de me féliciter d'une intervention bien dirigée.

Je sais que les idées que j'ai émises dans mes nombreux travaux, et que j'ai longuement exposées dans mon *Traité du rétroceps*, touchant l'*Ocytocie*, n'ont pas été accueillies avec faveur par plus d'un accoucheur. On est assez généralement porté à considérer le col de l'utérus comme une sorte de *noli me tangere*, auquel il faudrait se garder de faire subir la moindre violence, sans y être contraint par une impérieuse nécessité. Pour mon compte, je suis loin de partager de semblables préventions. Des faits multiples, observés tant par moi que par de nombreux confrères qui m'ont suivi dans la voie que j'ai tracée, me permettent de considérer le col utérin comme un organe d'une parfaite tolérance. Une expérience étendue m'a démontré l'innocuité absolue des manœuvres exécutées selon les règles que j'ai tracées.

Je ne compte plus aujourd'hui les accouchements dont j'ai, de la sorte, accéléré la marche. Encore une fois, je n'ai jamais eu lieu de m'en repentir; je puis même dire que j'ai pu, par cette obstétrique militante bien comprise, éviter à mes malades bien des souffrances inutiles et conserver même plus d'une existence vouée à la mort, par la pratique, trop suivie de nos jours, de l'expectation.

Il est deux redoutables complications puerpérales où les idées qui précèdent trouvent une très utile application. Dans ces conditions, le salut des malades et souvent de leur fruit, dépend d'une active intervention de l'accoucheur. Je veux parler de l'*éclampsie puerpérale* et des *présentations vicieuses du placenta.* Ces questions sont tellement importantes, que je compte consacrer à chacune d'elles un chapitre spécial. Je ferai voir, preuves en mains, que bien des catastrophes pourraient être évitées, si l'homme de l'art savait convenablement utiliser les précieux moyens d'action dont il lui est donné de disposer.

Je n'ai rien de particulier à dire sur l'*inertie de l'utérus.* J'en ai traité implicitement, en parlant de la rigidité du col et des moyens qu'il convient de mettre en œuvre pour en triompher.

Je désire actuellement attirer l'attention sur deux conditions à peine signalées de dystocie. Je veux parler de l'obstacle qu'apportent à la parturition l'*état de polysarcie* et le *développement de myomes dans l'épaisseur des parois utérines.*

### § 6.— *Du développement exagéré du tissu cellulaire, dans ses rapports avec la dystocie.*

Il est d'observation que les femmes pourvues d'un embonpoint exagéré, sont souvent éprouvées par des couches longues et difficiles. Telle a été, selon moi, la cause principale de la dystocie dans les deux cas qui vont suivre. Des causes d'un autre ordre, il est vrai, ont pu lui

apporter un certain contingent, mais je n'en suis pas moins porté à attribuer surtout les difficultés de la parturition contre lesquelles j'ai eu à lutter, à la raison signalée, c'est-à-dire la polysarcie abdomino-pelvienne. Quoi qu'il en soit de cette manière de voir, les cas que j'ai à rapporter trouvent leur place marquée dans un travail qui a pour objet de signaler à mes confrères les ressources dont ils peuvent disposer pour se tirer de peine dans les conjonctures difficiles.

I. — *Travail de 27 heures. — Rétroceps. Tracteur obstétrical. — Succès pour la mère et l'enfant.*

Mme L., primipare, âgée de 26 ans, était en travail depuis 27 heures. Depuis 10 heures, douleurs atroces, soutenues et sans aucun fruit. Poche des eaux rompue par la sage-femme à 3 heures du matin. A 6 heures du matin, je trouve la tête au détroit supérieur. Col ouvert de 0,05. Vulve étroite, aride, inextensible. Toutes ces conditions rendent le placement du rétroceps assez difficile. Engagement de 0,22 d'acier. Tractions manuelles énergiques, et sans résultat. Association du tracteur mécanique, qui développe lentement et progressivement une force soutenue de 45 kilogr. La tête descend et donne lieu à une selle. Tendance des cuillers à déraper. Le tracteur est enlevé, et le rétroceps est remonté tout d'une pièce sur la tête. Pour assigner une meilleure direction à la ligne de traction, les croissants de la machine sont appliqués sur les plis fessiers, le plan général de l'instrument étant presque perpendiculaire à l'axe du corps. La force développée, nécessitée par la résistance insolite de la tête, s'élève graduellement jusqu'à 50 kilogr., limite qu'il faut se garder de dépasser, lorsque l'on veut extraire un enfant vivant. La tête fait enfin bomber le périnée. L'appareil à tractions est enlevé. Anneau vulvaire très épais et résistant. Un coup de ciseaux sur la grande lèvre gauche. Enucléation de la tête, à l'aide du rétroceps employé de la main droite, avec les plus grands ménagements.

Dégagement occipito-pubien. L'épaule postérieure est

très difficile à extraire, et exige l'emploi de deux doigts de chaque main.

Fille très développée (du poids de 10 livres) venue au monde dans un état d'asphyxie, qui a persisté durant près de deux heures. Les diamètres O F et O M présentent une étendue de 0,01 de plus qu'à l'état normal.

Céphalématome, développé sur la partie supéro-latérale du pariétal droit, c'est-à-dire à l'opposite de la région sur laquelle ont porté les becs des cuillers, qui ont laissé une légère empreinte sur le coronal et le cervix gauches.

Rétablissement rapide et sans la moindre complication de la mère.

Bien que cet enfant présentât un développement assez exceptionnel, ce n'est pas à cette particularité que me semble devoir être surtout rapportée la cause de la dystocie. Mme L. est d'une taille élevée; son bassin est large et bien conformé. Le pelvis ne présente aucune trace d'angustie. La position de l'enfant était, d'un autre côté, très favorable (O I G A). Pour moi, la raison essentielle de la difficulté de la parturition a dû tenir à l'abondance extrême du tissu cellulaire, qui a eu pour effet de réduire sensiblement les diamètres de l'excavation, et de paralyser la contractilité musculaire.

L'examen du corps de Mme L. révélait, du reste, une condition assez étrange et très exceptionnelle.

Le thorax et les bras n'avaient rien de particulier, mais, comparativement, le bassin, les parois abdominales, les extrémités inférieures étaient presque monstrueux par le développement excessif du tissu cellulaire. En de telles conditions, il me semble assez logique d'admettre que l'extrême abondance du produit adipeux développé dans les organes pelviens, dans les muscles abdominaux, selon toute vraisemblance dans l'utérus lui-même, a dû avoir pour effet de diminuer l'étendue de la filière utéro-pelvienne, et de réduire la puissance contractile de ces mêmes muscles, laquelle, au contraire, eût eu besoin d'une plus grande tonicité, pour surmonter l'obstacle apporté à la progression de la tête.

II. — *Travail datant de 53 heures. — Application du rétroceps rendu difficile par suite de l'étroitesse de l'orifice vulvaire et du défaut de perméabilité du méat utérin. — Insuffisance des tractions manuelles. — Excellents effets de la traction mécanique. — Suites heureuses pour la mère et pour l'enfant.*

Le 23 juin 1879, M. le Dr Ortet me conduisit, à 5 heures du matin, hors Paris, à Ivry, auprès d'une de ses clientes, Mme L., primipare, âgée de 23 ans, en mal d'enfant depuis 53 heures. Les douleurs, longtemps énergiques et soutenues, étaient entièrement suspendues. Etat très marqué d'embonpoint. Battements fœtaux très retentissants dans le flanc gauche. Vulve sèche, aride, laissant malaisément pénétrer le doigt explorateur.

Col épais, inextensible, ouvert de 0,04. Position O I G T.

Je crois devoir attribuer à la polysarcie ce travail prolongé.

Application très délicate du rétroceps. Tractions méthodiques, en vue d'assouplir et d'effacer l'orifice cervical. Au bout de 20 minutes, retrait de l'instrument.

A 8 heures moins un quart, je pose une des cuillers, seulement, avec l'espoir que le séjour un peu prolongé de l'instrument au sein de l'organe déterminera le réveil des douleurs. Au bout de 3/4 d'heure j'enlève la cuiller. Alors seulement les contractions se produisent et font retour à une portée de 5 minutes.

A 8 1/2 heures, bains de siège d'une heure. Continuation des douleurs, qui se suspendent aussitôt que la malade est remise au lit.

A 10 heures, nouvelle application de rétroceps, devenue plus facile, le col étant un peu plus ouvert. Tractions manuelles énergiques avec appui, effectuées tour à tour par M. Ortet, et par moi-même. Résultat infructueux. Association du tracteur obstétrical au rétroceps. Développement progressif d'une force de 50 kilogrammes.

Au bout de 10 minutes, sans la moindre secousse pour la mère, sans le concours d'aucun aide, M. Ortet, seulement,

au cours de la traction, utilisant deux doigts, pour repous ser la lèvre cervicale antérieure ; la tête est abaissée sur le périnée. La machine est enlevée. Tractions manuelles latéralisées. Impulsion, à pleine main droite, de bas en haut et de gauche à droite, par rapport à la mère, à l'effet de réduire une position transversale et occipito-pubienne. Le rétroceps exécute, dans son ensemble, un mouvement d'un quart de cercle, et l'occiput de l'enfant est amené sous le pubis.

Deux incisions périnéales libératrices, de 0,01 d'étendue. Extraction d'une enfant toute souillée de méconium, et en état d'asphyxie. Rappel à la vie après trois quarts d'heure de soins assidus.

Tête un peu volumineuse. Ossification assez avancée. Circonférence occipito-frontale 0,35 (+ 0,01). Circonférence sous-occipito-bregmatique 0,32 (+ 0,06).

Le développement de la tête n'était pas susceptible de devenir un obstacle insurmontable à la parturition, si l'on tient compte de la forte constitution de la parturiente et de la bonne conformation du bassin. Il faut voir, dans le développement exagéré du tissu cellulaire qui, selon les renseignements qui m'ont été fournis, s'était produit au cours de la grossesse, la cause principale de la dystocie.

Les suites de couches ont été absolument physiologiques.

L'enfant qui, au moment de sa naissance, était du poids de 4 kilogrammes, jouit aujourd'hui d'une excellente santé.

Un dernier renseignement : malgré la force mécanique déployée, qui a atteint les dernières limites compatibles avec la prudence (50 kilogrammes), les stigmates laissés sur la tête ont été insignifiants au moment de la naissance. On relevait une légère empreinte sur le coronal gauche (bec de la cuiller droite), une autre sur l'oreille du même côté (cuiller gauche).

Au bout de quelques jours, ces impressions avaient complètement disparu.

§ 7. — *Myomes développés dans l'épaisseur des parois de l'utérus. — Polysarcie. — Position occipito-postérieure. — Rétroceps. — Traction mécanique. — Résultats heureux pour la mère et pour l'enfant.*

Mme G..., primipare, âgée de 36 ans. Invasion du travail : 3 jours. Depuis 24 heures, douleurs énergiques, soutenues et sans aucun fruit. Col ouvert de 0,045, mais très épais et indilatable. Tête mobile au détroit supérieur.

La malade est couchée sur une chaise-canapé à dossier.

Je relève le siège avec quelques coussins et, sans déranger davantage la malade, j'applique le rétroceps. Tractions manuelles à pleines mains, de plus en plus énergiques. Résultat absolument nul. Sans déranger la malade de sa chaise longue, j'associe, à l'agent de préhension, mon appareil à traction soutenue. Pendant l'effort mécanique, la sage-femme est chargée du soin de relever la lèvre antérieure du col, de la repousser, en un mot, de décoiffer la tête. Sous l'influence d'une force soutenue portée graduellement à 40 kilogr., l'organe apparaît à la vulve. J'enlève l'appareil et extrais la tête, en imprimant au rétroceps, tenu d'une main, des mouvements de latéralité bien ménagés.

Le dégagement s'est effectué en position occipito-sacrée.

L'enfant ouvre les yeux, agite ses petites membres, mais il respire incomplètement et ne pousse aucun cri.

Il lui a fallu un certain temps pour entrer en pleine possession de la vie.

La cause, selon moi, la plus efficiente de la dystocie, n'a été révélée qu'après l'accouchement. Alors seulement j'ai pu constater, de l'un et de l'autre côté du fond de l'utérus, deux tumeurs du volume d'un gros œuf de poule. Il est à présumer que ces produits hétéromorphes auront dû paralyser la puissance contractile des fibres musculaires de l'utérus.

A cette cause, toutefois, il convient d'en ajouter encore quelques-unes, d'un ordre secondaire, qui auront pu contribuer aussi pour une part à la difficulté du travail.

Ainsi que la malade dont j'ai plus haut tracé l'histoire, Mme G.. a un ventre très développé et à parois richement pourvues de tissu cellulaire. Il s'agissait, en outre, d'une position occipito-postérieure. Quoique mariée depuis 12 ans, enfin, cette dame accouchait pour la première fois, à l'âge de 36 ans.

Ces dernières raisons ont pu contribuer pour une certaine part à la dystocie; mais, je le répète, si elles eussent été seules à entrer en ligne de compte, nul doute que des douleurs énergiques, soutenues pendant 24 heures, eussent suffi pour en avoir raison.

Il convient donc, ici, d'invoquer une cause plus efficiente. Or, je ne puis trouver cette cause que dans les produits parasitaires développés dans l'épaisseur du parenchyme de l'utérus. Il ne répugne nullement d'admettre que ces myomes aient pu avoir pour effet de paralyser l'action contractile des fibres musculaires de cet organe.

§ 8. — *Diminution de la force contractile de l'utérus, conséquence d'un excès de distension de l'organe.*

Chacun sait de reste que la grande distension des parois utérines apporte un obstacle plus ou moins sérieux à l'acte de la parturition.

Une preuve palpable nous en est journellement fournie.

Le meilleur moyen d'accélérer le travail, dans les circonstances ordinaires, ne consiste-t-il pas à diminuer la tension de l'organe par l'évacuation de la poche des eaux? Il est donc aisé de comprendre que toute condition ayant pour effet de distendre outre mesure les parois de l'utérus, peut donner lieu à une atonie de ses fibres contractiles et devenir une cause de dystocie.

Deux ordres de causes déterminent le plus souvent un tel résultat. Je veux parler de l'*abondance extrême des eaux* et des *grossesses multiples*.

La *quantité du liquide amniotique* ne s'élève guère d'ordinaire à plus de 600 à 1000 gr. Ses proportions, cependant, peuvent atteindre beaucoup plus haut. Ainsi, Beaudelocque

a rapporté deux cas dans lesquels il évalue, dans l'un à 13, dans l'autre à 32 *pintes*, la quantité de liquide qui s'est écoulé au moment de la rupture des membranes.

Une *telle distension*, on le comprend très bien, est susceptible de donner lieu à des phénomènes morbides assez graves pour nécessiter l'intervention prématurée de l'accoucheur. Si les accidents dyspnéiques, l'œdème des extrémités, etc., mettent la vie en péril, l'indication est formelle. Il faut évacuer le liquide, en totalité, ou mieux en partie. A cet effet, le meilleur parti consiste à recourir à l'*aspirateur profond*, dont l'aiguille-trocart est engagée au travers du méat utérin. Convenablement effectuée, cette opération, en apportant un grand soulagement à la malade, n'est pour elle la cause d'aucun danger.

L'avortement en est, il est vrai, la conséquence presque forcée ; mais, comme à l'époque où ces accidents se produisent assez intenses pour mettre la vie en péril, le fœtus a presque toujours atteint le terme de la viabilité, il y a peu à se préoccuper d'une telle éventualité.

A un degré moins prononcé, l'*hydramnios* exerce une influence fâcheuse sur la marche du travail, en paralysant les fibres contractiles trop distendues de l'utérus. Pour rendre à l'organe sa tonicité, il suffit d'opérer la rupture des membranes.

Quelques mots maintenant sur la *dystocie occasionnée par les grossesses multiples.*

Avant l'établissement des douleurs, il est souvent possible de reconnaître la présence de plusieurs enfants au sein de l'utérus. Au moment du travail, l'accoucheur, le plus ordinairement, a d'autres préoccupations que de se livrer à un examen minutieux, dont les résultats ne sauraient guère être de nature à modifier sa conduite. La malade s'impatiente, s'agite et demande à grands cris sa délivrance. En pareils cas, l'homme de l'art doit se faire une loi d'agir au plus tôt.

Tel était le cas où je me trouvais, dans la nuit du 16 au 17 août 1873.

*Observation.* — Mme M., multipare, a perdu ses eaux la veille à 5 heures du soir. Depuis 11 heures, elle est en proie à des douleurs énergiques et soutenues. Je suis appelé auprès d'elle à 5 heures du matin par la sage-femme, qui commençe à s'alarmer de ce qu'un travail si douloureux ne porte pas ses fruits.

Le ventre de la malade était très développé, donnant à croire à une grossesse gémellaire. Du reste, nul sillon caractéristique sur la ligne médiane. Restait l'auscultation pour trancher à priori cette question de diagnostic. Mais, en outre que ce moyen est loin d'être infaillible, la malade était en proie à une vive agitation, et poussait des cris non interrompus. Tel n'était donc pas le cas de se livrer à une exploration de pure curiosité. La patiente n'eût-elle pas été en droit de me dire, avec le bon La Fontaine :

Tire-moi du danger,
Tu feras après ta harangue !

La malade est placée en travers du lit. Le col étant largement ouvert, je prends mon forceps symétrique, qui me tombe le premier sous la main. Je mets les cuillers aisément en place, et articule de même les deux leviers. Je détache alors les cordons attractifs, dans l'anse desquels j'engage deux doigts de la main droite.

Sous l'influence d'un léger effort, je vois soudain les branches de l'instrument se relever jusqu'à devenir perpendiculaires à l'axe du corps, puis s'incliner vers l'aine gauche de la mère. J'abandonne les cordons, et prenant les branches du forceps à pleine main droite, je dégage sans aucune peine la tête, en position occipito-pubienne.

Deuxième poche des eaux que je dois, à cause de sa grande résistance, rompre avec une aiguille à tricoter. Flot énorme d'amnios. Dégagement podalique du second enfant. Détachement avec les doigts de membranes adhérentes au fond de l'utérus. Hémorragie consécutive nulle.

Les deux enfants ont succombé, l'un 28 jours, l'autre 29 après la naissance.

La dystocie, dans l'espèce, a tenu à deux causes: la

présence de deux enfants au sein de l'utérus; la grande abondance du liquide amniotique.

Il est deux graves complications puerpérales qui rentrent dans l'objet du présent chapitre. Dans les cas dont il s'agit, en effet, l'intervention de l'homme de l'art a pour but de surmonter, aussi promptement que possible, l'obstacle apporté à l'accouchement par la résistance des parties molles. On l'a déjà compris, je veux parler de l'éclampsie et du placenta prævia. Comme ce travail est surtout écrit en vue de la pratique, selon mon habitude, sobre de théories, je me propose de faire passer sous les yeux de mes lecteurs quelques observations, qui me permettront de bien faire comprendre la façon dont je comprends l'intervention de l'accoucheur, dans les graves conditions dont il s'agit.

### § 9. — *De l'éclampsie puerpérale.*

L'éclampsie peut être tenue pour la plus dangereuse des complications de la grossesse. L'hémorrhagie tenant à l'implantation vicieuse du placenta, cet autre spectre puerpéral, présente à mes yeux une moindre gravité.

Il est plus facile, en effet, d'opposer une barrière à l'écoulement sanguin que de mettre fin aux convulsions, et de conjurer les suites de la redoutable affection protopatique qui le plus ordinairement les détermine. Il est plus aisé également, en général, de provoquer le travail, lorsque le col est entr'ouvert par le fait de l'hémorrhagie, que lorsqu'il est absolument fermé, ainsi que cela a lieu le plus et le mieux dans les cas d'éclampsie, laquelle, chacun le sait, est plutôt le propre de la primiparité.

Mauriceau et Lachapelle estimaient que l'éclampsie est mortelle pour la mère dans la moitié des cas. Selon Cazeaux, cette mortalité ne serait que de 1/3 ou même de 1/4.

Il faut prendre les statistiques pour ce qu'elles valent. On ne saurait comparer entre eux que des faits absolument analogues. Or, on peut le dire d'une façon générale, combien rarement se trouve réalisée une condition

aussi essentielle, au point de vue de la précision des données numériques?

Jusqu'ici, pour ce qui concerne l'éclampsie, on a pris les faits au hasard, sans tenir aucun compte du moment où l'intervention de l'accoucheur a été réclamée, de l'état de l'orifice cervical, de l'idiosyncrasie des malades, du degré de gravité de l'affection dyscrasique. Avec des données aussi incomplètes, les renseignements sont purement approximatifs et ne présentent aucune valeur scientifique.

Pour me conformer à l'usage, cependant, je présenterai à mon tour ma propre statistique.

Je relève, sur mon livre de notes, dix-sept cas d'éclampsie. J'en ai assurément rencontré un plus grand nombre dans une pratique de plus d'un quart de siècle. Mais le temps me manquant pour me livrer à de plus minutieuses recherches, je m'en tiendrai à ce chiffre. Or, sur ces dix-sept cas, je constate la mort de sept mères et de *quatorze enfants*.

A ce dernier point de vue, j'ai été peu favorisé. Les auteurs, en effet, estiment qu'il ne meurt que 10 enfants sur 16.

Le chiffre si élevé de la mortalité s'explique et par l'obstacle apporté à la circulation utéro-fœtale par le fait des convulsions, et par les délais apportés en général à l'intervention de l'accoucheur, et par la difficulté qu'éprouve le plus ordinairement ce dernier à opérer la délivrance.

La plus grande incertitude règne encore aujourd'hui dans la science concernant le traitement le plus sûr de l'éclampsie. L'Ecole de Paris préconise les émissions sanguines, qui, d'après les relevés de M. L. Testut, dont le mémoire a été couronné par l'Académie de médecine, donnent encore une mortalité de 35 %.

D'après le même auteur, le traitement chirurgical réduirait cette mortalité à 29,7 %. Les résultats les plus avantageux seraient fournis par l'emploi des anesthésiques (17,8 %) et surtout par celui de l'hydrate de chloral (7,4 %).

Pour ce qui me regarde, il y a longtemps que j'ai adopté

le traitement mixte, qui consiste dans l'emploi combiné du chloral, des anesthésiques et du traitement chirurgical, dont l'objet est d'obtenir le plus promptement possible l'évacuation de l'organe gestateur.

A propos du traitement chirurgical, je dois m'élever contre un préjugé fortement enraciné parmi nous, et qui aboutit aux conséquences les plus funestes. On craint à ce point de toucher au col, tant on redoute de provoquer de nouvelles convulsions, que l'on recule le plus possible le moment de l'intervention. Cette temporisation intempestive, sans parler des mères qu'il importerait grandement de délivrer au plus vite, coûte la vie à un grand nombre d'enfants. A l'appui de cette assertion, je me contenterai de citer le fait suivant.

Il y a quelques années, je fus appelé, avec un prince de la science, à donner des soins à une jeune éclamptique, non infiltrée, parvenue au terme de huit mois. Le col était ouvert de 0,03 m. Les battements fœtaux étaient très énergiques. Je proposai de terminer au plus vite le travail. Tel ne fut pas l'avis de mon confrère, qui jugea bon de saigner largement la malade et de la soumettre à l'usage du chloral. Le lendemain, les choses étaient dans le même état. Alors seulement il me fut donné de procéder à la délivrance, que j'effectuai en deux heures, à l'aide du rétroceps. Ces délais intempestifs eurent pour conséquence la mort de l'enfant que, la veille, il m'eût sans doute été donné d'extraire vivant.

Passons maintenant sur le terrain de la clinique.

Pour ne pas donner trop d'étendue à ce chapitre, je me bornerai à relater trois cas, que je choisis de préférence, pour cette raison que, dans chacun d'eux, le mode d'intervention a dû être différent.

Obs. I. — *Eclampsie au terme de huit mois. — Application du ballon hydrostatique. — Présentation du siège. — Emploi d'une seule cuiller du rétroceps. — Extraction digitale.— Enfant mort. — Rétablissement de la mère.*

Le 22 octobre 1876, M. le docteur Cottin me fit appeler auprès de Mme B., primipare âgée de 35 ans, chez laquelle la première convulsion avait éclaté à 5 heures du soir. La grossesse avait atteint le terme de huit mois. Arrivé à 7 heures, mon premier soin fut de m'assurer de l'état du col. L'orifice ne pouvait admettre que la phalangette de l'index. A 7 1/2 heures, je posai mon ballon hydrostatique, sous l'influence duquel les contractions ne tardèrent pas à s'établir. Troisième convulsion à 8 heures 1/4 ; quatrième convulsion à 9 heures 1/4.

A 11 heures, cinquième convulsion. Col ouvert de 0,035. Dilatation digitale à chaque douleur. A minuit, je constate une présentation du siège, en S I D A. Application d'une cuiller du rétroceps, à l'aide de laquelle j'opère quelques tractions, en même temps que je fais effectuer la dilatation de la lèvre cervicale antérieure.

A minuit 1/2, sixième convulsion. Le siège étant devenu accessible, je profite du coma consécutif à l'accès et j'accroche, avec l'index, l'aine postérieure. Extraction d'un enfant macéré.

A 3 heures du matin, septième et dernière convulsion. Retour à la connaissance le matin, au moment de ma visite. Rétablissement de la mère sans encombre.

Obs. II. — *Eclampsie puerpérale. — Agitation extrême de la malade.— Délivrance rapide au moyen du rétroceps et du tracteur obstétrical. — Enfant mort. — Rétablissement rapide de la mère.*

Le 2 mai 1876, je fus appelé, à 10 heures du soir, par Mme Lepéculier, sage-femme, auprès de Mme F., primipare, âgée de 27 ans. Prise de convulsions à 10 heures du matin,

elle en était à sa quatrième, au moment de mon arrivée. Col très épais, inextensible, ouvert de 0,04. Coma.

Vu la difficulté que devait entraîner une telle opération, je fis poser la malade en travers de son lit. L'introduction des cuillers du rétroceps fut d'autant plus délicate que la patiente, femme d'une forte musculature, se livrait aux mouvements les plus désordonnés. La puissance de mes bras se montrant insuffisante, je reliai le manche de l'instrument au tracteur obstétrical, et mis en jeu la petite manivelle de la machine. L'indocilité de la malade rendait ma tâche très difficile. Suivant tous ses mouvements, je dus, à la lettre, opérer au vol. Je pus cependant effectuer rapidement la délivrance. L'enfant était privé de vie. La force mécanique dépensée s'était élevée à 40 kilogr.

Pendant le cours de l'accouchement, la malade eut trois convulsions, durant lesquelles je dus recourir au chloroforme. A 4 heures du matin, c'est-à-dire quatre heures après la délivrance, huitième et dernière attaque convulsive.

Le rétablissement de M^me^ F. fut très rapide.

Obs. III. — *Complications des plus graves ayant nécessité la provocation du travail au terme de huit mois. — Combien il est des utérus réfractaires aux modes d'incitation les plus puissants. Emploi du rétroceps et du tracteur obstétrical. — Enfant mort. — Rétablissement de la mère.*

M^me^ A., âgée de 41 ans, primipare, était parvenue au terme de 6 à 7 mois. La dyspnée qu'elle accusait et la teinte cyanosée des lèvres me firent tout d'abord soupçonner une affection organique du cœur. Je constatai, en effet, une insuffisance mitrale (5 mars 1877). La dyspnée devint bientôt de l'orthopnée. A ce cortège, si alarmant, ne tardèrent pas à se surajouter des vomituritions continuelles, puis un œdème généralisé. Les urines étaient chargées d'albumine. Un honorable confrère, appelé en consultation, partagea mon avis sur l'urgence d'une intervention très énergique. En conséquence, l'accouchement avant terme fut décidé.

Le 22 avril, je soumis la malade aux injections de Kiwisch. Le 6 mai, n'ayant rien obtenu de cette méthode, je posai, à 10 heures du matin, dans l'orifice cervical, un petit cône d'éponge préparée, que je maintins avec un tampon d'ouate. A 5 heures du soir, je retirai cet agent de dilatation, considérablement augmenté de volume. Pour agir plus efficacement sur l'orifice supérieur, je substituai à l'éponge préparée une tige de laminaire.

Le lendemain matin, je retirai cette dernière, quadruplée de volume. Après son retrait, le col se ferma de nouveau. Le 7, je posai une seconde éponge, que je laissai en place 24 heures, sans plus de succès.

Devant l'impuissance de ces moyens, je crus devoir changer de batteries. Je résolus de recourir à la méthode de Puzos. Je perçai les membranes au moyen d'une sonde en gomme. Je me bornai à extraire un litre de liquide, puis je retirai l'algalie.

Cette évacuation eut pour double avantage de mettre fin aux vomituritions et de rendre la respiration plus facile.

Même insuccès, toutefois, au point de vue de la provocation du travail. Le soir même, à 5 heures, je mis en usage le procédé de Krause. Je posai à demeure une sonde au sein de l'utérus.

Le lendemain, 9, à 11 heures du matin, je retirai l'algalie. L'état général était plus mauvais que jamais. La dyspnée s'était accrue par le développement d'un œdème pulmonaire.

Je fis alors appel au procédé de Cohen. J'engageai une sonde dans l'utérus et injectai dans l'organe une soixantaine de grammes d'eau froide. L'algalie fut, de plus, maintenue en place au moyen d'un tampon d'ouate. Dans le cours de la journée, il s'écoula une grande quantité de liquide amniotique.

A 5 heures du soir, je trouvai la malade dans une agitation extrême. Ce fut pour moi l'indice de l'établissement du travail. En effet, à 8 heures du soir, se déclarèrent les douleurs de la parturition.

A 11 heures du soir, cependant, l'orifice cervical ne pouvait encore admettre que la phalangette de l'index.

Tel était l'état des choses quand, à 1 heure du matin, se déclara une attaque convulsive. Dans l'espace d'une heure, quatre convulsions se produisirent. J'eus chaque fois recours, pour les enrayer, aux inhalations chloroformiques. A dater du premier accès, la malade est tombée dans un état comateux, dont elle n'est sortie qu'à 5 heures du soir.

Pour obtenir au plus vite la déplétion de l'utérus, je pratiquai, à chaque retour des douleurs, la dilatation digitale de l'orifice cervical. Par son bénéfice j'avais, sans aucune violence, à deux heures du matin, obtenu une ouverture de 0,045.

Malgré l'épaisseur des lèvres, je procédai à une application de rétroceps. Pour vaincre la résistance des parties molles qui ne pouvait être que considérable, sans plus tarder je reliai le manche de cet instrument au taquet-écrou de mon appareil à traction. Pendant que je mettais en jeu la vis attractive, je donnai ordre à la sage-femme qui m'assistait de relever la lèvre antérieure, à l'effet de faciliter le passage de la tête. Au bout de dix minutes d'efforts soutenus en raison de la gravité de la situation, avec une dépense de 60 kilogr. de force mécanique, je parvins à extraire la tête. Quand le vertex fit saillie à la vulve, j'enlevai le tracteur et effectuai à la main le dégagement au moyen du rétroceps.

L'enfant était privé de vie.

La délivrance effectuée, aucun nouvel accès ne se produisit. Le coma, je l'ai dit, persista jusqu'à 5 heures du soir. Ce ne fut que le lendemain matin que la malade reprit possession de ses esprits.

M^me^ A. s'est, avec le temps, parfaitement remise de ses épreuves. Aujourd'hui elle jouit d'une très bonne santé. On ne constate plus, à la pointe du cœur, qu'un très léger souffle.

Une seule remarque à propos de cette observation si pleine d'intérêt à divers titres.

Autant, chez certaines femmes, l'avortement est facile, autant, chez d'autres, l'excitabilité de l'utérus est malaisée

à mettre en jeu. Il en a été ainsi dans le fait que je viens de relater. Ce n'a été qu'après *dix-huit jours* de tentatives les plus diverses que j'ai pu arriver enfin à provoquer le travail.

Quelques réflexions me semblent nécessaires pour servir de complément à ces observations.

J'ai dit, au début de ce chapitre, que le pronostic de l'éclampsie est de la plus haute gravité pour ce qui a trait au produit. Sur dix-sept cas, quatorze fois les chances lui ont été contraires. Je n'ai pu extraire les enfants vivants que lorsque la perméabilité du col m'a permis de procéder à la délivrance au moment de mon arrivée. Particularité assez remarquable : un de ces cas concerne une grossesse gémellaire. J'ai eu le bonheur de sauver deux jeunes existences, par une double application immédiate du rétroceps.

Ce chiffre si élevé de la léthalité infantile n'a pas lieu de surprendre. Les convulsions, en suspendant le cours de la circulation utéro-placentaire, ont pour effet presqu'infaillible, pour peu qu'elles soient violentes et répétées, de faire périr le nouvel être, en le privant de l'élément indispensable à l'entretien de la vie.

Combien de fois n'arrive-t-il pas, à la venue de l'accoucheur, qu'il lui soit déjà permis de constater l'absence des pulsations fœtales? En admettant que ces battements soient aisément perçus, est-il donné à l'homme de l'art d'intervenir sans aucun retard? Je l'ai déjà fait observer : l'éclampsie est le triste attribut de la primiparité. Dans ces conditions spécialement si défavorables, la dilatation naturelle de l'orifice s'opère avec une grande lenteur. Quoi que l'on puisse faire, il faut quelques heures pour accélérer artificiellement la marche du travail. Faut-il s'étonner que la mort ait fait son œuvre quand on a obtenu un effacement de l'orifice utérin suffisant pour le rendre perméable aux agents de délivrance?

On a pu voir, par la troisième observation, comme certains utérus sont réfractaires aux modes d'incitation les

plus énergiques. Dans un cas même, mon impuissance à cet égard a été complète. Il m'a été impossible de dilater suffisamment l'orifice pour effectuer l'accouchement. La malade a succombé entre mes mains, non délivrée.

C'est pour toutes ces raisons — sans parler de l'état général de la malade, si propre, à lui seul, à constituer une cause de mort pour l'enfant — que je me crois autorisé à considérer l'éclampsie puerpérale comme la complication, entre toutes la plus redoutable, au point de vue de la vie de l'enfant.

Pour ce qui a trait à la mère, les chances sont moins défavorables. Je n'en ai pas moins perdu 7 sur 17.

Toutes ces femmes, je me hâte de le faire observer, n'ont pas succombé par le fait seul de l'éclampsie. Le plus souvent même, la mort a été la conséquence de la grave affection dont les accès convulsifs n'avaient été qu'un simple épiphénomène. C'est là, encore fois, une distinction qui n'a pas été assez soigneusement établie dans la question du pronostic. On compte le chiffre de la léthalité et l'on ne manque guère de rapporter cette dernière à l'éclampsie. Mais ce sont, généralement, moins les attaques qui tuent, à plus ou moins longue échéance, que les complications hydrorganiques, que la dyscrasie albuminurique, sous l'influence de laquelle ont si souvent éclaté les accès.

Quel est le meilleur mode de traitement de l'éclampsie? On ne saurait logiquement en fournir une formule invariable. C'est à tort, selon moi, que l'on préconise tel moyen à l'exclusion de tel ou tel autre. L'accoucheur sagace doit toujours se baser sur les indications rationnelles. Il est clair, par exemple, que la saignée générale, utile dans un cas, pourra être nuisible dans un autre. Il est non moins évident que la saignée locale (sangsues aux mastoïdes, saignée malaire ou occipitale) doit être préférée à la phlébotomie, quand il s'agit d'opérer une déplétion des vaisseaux encéphaliques, avec une économie reconnue nécessaire des fluides en circulation.

C'est également à l'accoucheur à discerner les cas dans lesquels il doit recourir à l'hydrate de chloral, au chloroforme, etc.

Quant au traitement chirurgical, j'estime qu'il convient d'y recourir avec d'autant moins d'hésitation que l'affection semble plus grave, et que le terme de la grossesse est plus rapproché. Il va de soi-même que ce moyen radical n'exclut nullement, bien au contraire, l'emploi simultané des autres modes de traitement. En même temps, par exemple, que l'on met en œuvre les agents incitateurs de l'utérus, il est parfaitement indiqué de prescrire le chloral, en vue de prévenir les crises, de recourir aux inhalations chloroformiques, pour modérer l'intensité, pour abréger la durée des attaques convulsives.

Si l'accoucheur était appelé en temps opportun, s'il mettait intelligemment en œuvre les moyens puissants dont il lui est donné de disposer, il est hors de doute que le pronostic de l'éclampsie perdrait beaucoup de gravité, tant pour la mère que pour son fruit. Il faut pourtant bien se pénétrer de cette idée. Il est de ces cas qui déjouent les soins les plus entendus. Il faut, en effet, sérieusement compter avec l'affection dont, je l'ai dit, l'éclampsie n'est qu'une simple manifestation épiphénoménale, avec la force de résistance de l'organisme, avec ce *quid divinum* qui, chaque jour, vient déjouer les prévisions les mieux fondées. Il en est, en effet, de l'éclampsie comme de toutes les maladies médicales ou chirurgicales. La question du pronostic ne met-elle pas journellement en défaut la sagacité des praticiens les plus expérimentés?

## § 10. — *Placenta prævia.*

Les données statistiques démontrent surabondamment la gravité des hémorragies occasionnées par l'implantation vicieuse du placenta. Simpson a fait le relevé de 399 cas de ce genre, qui ont fourni une mortalité d'une mère sur 3,6. Sur 100 enfants viables, 69 ont succombé, c'est-à-dire environ les 2/3. « Par conséquent, fait remarquer l'illustre accoucheur d'Edimbourg [1], les femmes enceintes

[1] Clinique obstétricale, p. 160.

chez lesquelles se rencontre une présentation placentaire, sont soumises à un péril aussi grand, par le fait de cette complication obstétricale, que celui qu'elles courraient avec la fièvre jaune ou le choléra. »

Je suis loin, pour mon compte, de concéder une telle gravité à cette complication, lorsque l'on est à même de la combattre à l'aide des puissants moyens que l'homme de l'art est en demeure de lui opposer. Lorsqu'elle se produit au terme de la grossesse et que l'une ou les deux existences ne sont pas marquées, j'ose le dire, du sceau de la fatalité, il ne devrait périr aucune femme, aucun enfant. La mort de l'une et de l'autre, en effet, est presque toujours la conséquence, soit d'une temporisation intempestive, soit de l'emploi de moyens insuffisants ou mal choisis.

Je pourrais puiser, dans ma propre statistique, les preuves de ces assertions.

Je relève, dans les notes que j'ai sous les yeux, seize cas d'implantation vicieuse du placenta. Je n'ai perdu que trois mères. Par contre, dix enfants ont succombé. Examinons dans quelles conditions ces pertes ont été éprouvées. Occupons-nous d'abord des mères.

La première de ces femmes était entre les mains d'un praticien habile, mais, dans l'espèce, trop pusillanime. Ne voulant pas assumer sur lui la responsabilité de ses actes, il s'était borné à appliquer le classique tampon, puis il m'avait fait demander en aide. Une distance de trois lieues séparait les deux localités. A mon arrivée, je trouvai la malade presque exsangue. Je fis la version,qui ne me permit d'extraire qu'un enfant privé de vie. A huit jours de là, la mère succombait aux conséquences d'une anémie aiguë. Une intervention plus opportune eût assurément permis de sauver les deux existences.

Le second fait est relatif à une femme auprès de laquelle je ne fus appelé qu'*in extremis*. J'effectuai la version sur un cadavre. Encore deux pertes résultant d'une blâmable temporisation !

Dans un troisième cas, la malade, épuisée par des hémorragies répétées depuis un mois, était assistée par une

sage-femme et un médecin qui s'était borné à appliquer le fameux tampon, dont il attendait patiemment les effets. Je voulais intervenir activement à 4 heures du soir : ce ne fut qu'à neuf que cette liberté me fut enfin octroyée. J'appliquai le rétroceps et utilisai le tracteur obstétrical dans la seule vue d'éviter la moindre secousse à une malade presque mourante. Je pus ainsi extraire, en quelques minutes, sans aucun ébranlement, un enfant privé de vie. Une heure après, la malade s'éteignait sans qu'aucun symptôme ait pu nous en donner l'éveil ! Encore deux catastrophes à l'actif de la funeste pratique de la temporisation!

Ces trois faits ne justifient-ils pas ma première affirmation? Aucune femme ne devrait succomber du fait de cette complication de la grossesse, si l'accoucheur, appelé en temps opportun, savait utiliser les moyens effectifs d'action dont il lui est donné de disposer.

Quant au produit, une distinction importante doit d'abord être posée. La grossesse n'est parvenue qu'à ses cinq ou six premiers mois, ou elle est rapprochée de son terme. Dans le premier cas, si l'avortement se produit, évidemment la perte de l'enfant est inévitable. Dans la dernière période de la gestation, lorsque l'homme de l'art est appelé de bonne heure, il a bien des chances de sauver les deux existences. Assurément, on ne saurait espérer d'être toujours heureux, même en agissant avec toute la célérité, tout le savoir désirables. On peut, en effet, rencontrer un utérus réfractaire aux moyens d'incitation les plus puissants. L'enfant peut aussi se trouver dans de mauvaises conditions de viabilité. Il n'en est pas moins vrai que, dans les conditions dont il s'agit, la mort du nouvel être doit être le plus souvent attribuable à une temporisation involontaire ou de parti pris de la part de l'accoucheur, ou à l'emploi de moyens insuffisants. J'ai déjà cité trois faits à l'appui de cette proposition. En voici encore quelques-uns.

Au mois de mai 1874, je fus appelé à la campagne par un confrère, pour l'assister auprès de sa propre femme, épuisée depuis plusieurs semaines par d'abondantes pertes de sang. Ce confrère, d'ailleurs fort intelligent, mais per-

dant sans doute la tête, n'avait pas même eu l'idée d'appliquer un tampon ! Je fis, par la version, l'extraction d'un enfant mort. La mère avait perdu une telle quantité de sang que sa convalescence fut très longue.

Une autre femme était en proie à des hémorragies répétées depuis trois mois. Appelé à un moment où la vie était près de s'éteindre, j'effectuai, par la version, l'extraction d'un enfant mort. Le rétablissement de la mère se fit longtemps attendre.

J'ai extrait, à la suite d'un travail artificiel de sept heures, un enfant qui a succombé par le fait d'hémorragies qui duraient depuis six semaines.

Dans un fait analogue, la mort de l'enfant a été due à la pusillanimité de la mère, qui n'a pas voulu consentir à me laisser intervenir. Elle m'a fait demander de nouveau au bout de huit jours. A mon arrivée, l'enfant, expulsé naturellement, avait cessé de vivre. Est survenue une péritonite, qui a mis en danger l'existence de la mère.

Loin de moi la prétention de croire qu'au dernier terme de la grossesse, le salut de l'enfant dépende essentiellement du choix intelligent des moyens. Ce que j'affirme, seulement, c'est que, dans les conditions qui nous occupent, par le bénéfice d'une intervention bien entendue, bon nombre d'enfants pourraient être conservés à la vie.

Il me reste maintenant à faire connaître, par des faits, la façon dont je comprends l'intervention, dans les cas qui nous occupent.

Avant le terme de la viabilité, l'objectif de l'accoucheur est de gagner du temps, pour atteindre ce terme. Ce serait une faute, en effet, de provoquer le travail dès le début de l'accident. Il se peut faire, en effet, que le placenta n'atteigne que les limites de la zone dangereuse de l'utérus. Si cette zone vient à se trouver dépassée, il ne se produit plus de nouveaux décollements, et la grossesse poursuit son cours. Un fait de cette nature vient précisément de se passer dans ma pratique.

Le 7 février dernier, j'ai été appelé à donner des soins à

une dame, enceinte de six mois, qui, depuis quelques jours, était éprouvée par une métrorrhagie. Pendant deux jours, je me suis borné à conseiller le séjour au lit, et à prescrire l'usage interne du perchlorure de fer. La perte de sang continuant à se produire, j'ai pris le parti de poser mon ampoule hydrostatique, que j'ai gonflée avec deux verres d'eau. Sous la double influence de la compression et de la réfrigération, l'hémorragie s'est suspendue. Au bout de douze heures, le ballon ayant été chassé par suite d'une quinte de toux, j'ai jugé convenable d'attendre avant de le remettre en place. Je n'y ai pas été contraint. La grossesse a poursuivi heureusement son cours. Il ne s'est plus produit d'hémorragie.

Les moyens d'action sur lesquels il faut faire le plus de fond, dans les cas qui nous occupent, ce sont le ballon hydrostatique et le rétroceps. Les deux faits suivants suffiront pour montrer la façon selon laquelle ces deux agents doivent être utilisés. Ils me permettront de faire voir de quelle façon j'ai l'habitude de procéder, pour hâter le terme de la délivrance.

I. — *Implantation marginale du placenta. — Emploi du ballon hydrostatique, du rétroceps, du forceps symétrique et du tracteur obstétrical de l'auteur. — Succès pour la mère et pour l'enfant.*

27 juin 1874, M^me^ F., secondipare, âgée de 30 ans, à terme. Perte de sang à 2 heures du matin. Douleurs nulles. La sage-femme d'abord appelée me demande en aide, à 2 heures de relevée. Toujours absence complète de douleurs. Col ouvert de 0,025, épais, non dilatable. Application du ballon hydrostatique. Eveil presqu'immédiat des douleurs. Au bout d'une heure un quart, dilatation cervicale de 0,04. Petite poche des eaux que je perce, pendant une douleur, avec une aiguille à tricoter. Application un peu délicate du rétroceps. Pour effectuer l'introduction des cuillers, je suis obligé de poser la patiente en travers du lit. Tête au détroit supérieur. Le manche du rétroceps est relié

au taquet-écrou du tracteur obstétrical, au moyen duquel je déploie une force de 20 kilogr. La malade a une selle, indice certain de l'abaissement de la tête. En ce moment, je constate la tendance au dérapement des cuillers. L'effort attractif suspendu, l'hémorragie se reproduit, ainsi que cela a lieu depuis le commencement de ce travail artificiel, aussitôt que j'enlève le ballon, ou que je cesse d'opérer des tractions. Col ouvert de 0,05, toujours peu dilatable.

Dans l'espoir de faciliter le passage de la tête, par l'élongation de son diamètre vertical, je substitue au rétroceps mon forceps à branches parallèles, que j'associe au tracteur. Sous l'influence d'une force attractive de 20 kilogrammes, j'effectue l'entraînement de la tête, qui se dégage en O I D P.

Fille bien vivante. Rétablissement rapide et complet de la mère.

II. — *Implantation marginale du placenta. — Ballon hydrostatique. — Rétroceps. — Succès pour la mère et pour l'enfant.*

1er mai 1877. Mme J., primipare, à terme. Il y a un mois perte légère. A la date ci-dessus, le sang part à 7 heures du matin. Je suis appelé par la sage-femme à 3 heures de l'après-midi. Mais ce n'est qu'à 6 heures que je puis me procurer mon ballon hydrostatique, qui est aussitôt posé. A ce moment les douleurs sont nulles. Col conique, un peu ramolli à sa pointe. La phalangette de l'index peut pénétrer dans l'orifice externe, mais l'orifice supérieur est complètement fermé. Quelques minutes après l'application du ballon, les douleurs reviennent et se reproduisent régulièrement toutes les 3 ou 4 minutes.

L'ampoule hydrostatique est enlevée à 3 heures 1/2 du matin. Dilatation 0,04. A chaque retour des douleurs, dilatation digitale portant sur la lèvre antérieure. A 4 heures, application du rétroceps, rendue difficile par le peu de perméabilité de l'orifice. Tractions effectuées à l'aide d'une seule main, au cours de chaque douleur. Durant chacune

d'elles, la sage-femme effectue la dilatation digitale méthodique de la lèvre antérieure.

A 4 heures 1/2, extraction d'une fille dont le visage est cyanosé, par suite de l'enroulement du cordon autour du cou. Quelques soins suffisent pour la rappeler à la vie. Rétablissement rapide de la mère.

Pour compléter ce chapitre, et pour me conformer aux vues de cet ouvrage, je relaterai un dernier fait, qui présente surtout de l'intérêt au point de vue du manuel opératoire.

*Insertion marginale du placenta. — Collapsus résultant de pertes de sang excessives. — Rétroceps; forceps symétrique. — Insuffisance de la dilatation digitale de l'orifice de l'utérus.— Incisions cervicales libératrices.— Craniotomie.—Extraction laborieuse.—Rétablissement complet de la mère.*

Mme N., primipare âgée de 18 ans. A terme. Depuis quatre mois, cette dame n'a cessé de perdre du sang par petites quantités. Cet accident a été uniquement combattu par des injections avec une solution de nitrate d'argent !

10 mars 1878, métrorrhagie abondante. Le 12, à 6 heures du matin, la perte de sang devenant excessive, on appelle le docteur Clin, qui s'adjoint le docteur Otterbourg. La situation parut si grave à ces honorables confrères, qu'ils ne voulurent pas prendre sur eux la responsabilité de cet accouchement. A midi, j'arrivai auprès de la malade, que je trouvai dans la situation la plus alarmante. Elle semblait n'avoir plus qu'un souffle de vie. Orifice cervical ouvert de 0,045. Col très épais, indilatable. Insertion marginale du placenta. Tête au détroit supérieur. Enfant mort. Application du rétroceps. Tractions manuelles combinées avec la dilatation digitale. Le col est un peu plus ouvert mais indilatable. Jugeant convenable d'opérer la réduction de l'orbe de la tête, afin de faciliter son engagement, j'enlève le rétroceps pour lui substituer le forceps symétrique. La

résistance étant considérable, j'ai recours au tracteur obstétrical. L'épaisseur du col apportant un obstacle considérable à l'engagement de l'organe, je n'hésite pas à recourir à un moyen extrême. L'enfant étant privé de vie, ma conscience se trouve à l'aise. Je pratique la craniotomie, qui doit avoir pour effet, en diminuant le volume de la tête, de faciliter son passage. Des tractions manuelles assez vigoureuses demeurant encore insuffisantes, je m'arme de longs ciseaux, avec lesquels j'effectue un triple débridement cervical. Grâce à ces incisions, je puis, non sans quelque peine, entraîner la tête.

La délivrance a été effectuée presqu'aussitôt.

Cette couche laborieuse, succédant à des pertes de sang excessives, a été suivie d'une métrite parenchymateuse, pour laquelle mes soins n'ont été réclamés que le 16 avril. Le 4 mai, le rétablissement était si complet, que Mme N. affirmait qu'elle ne s'était, de sa vie, jamais aussi bien portée.

En raison de l'importance de ces deux derniers chapitres, je crois bon d'en présenter un résumé.

L'éclampsie et l'hémorragie par insertion vicieuse du placenta sont deux accidents qui paraissent d'une égale fréquence dans la pratique obstétricale : j'ai rencontré 17 cas de l'une, 16 de l'autre.

Ainsi que je l'ai avancé dans le précédent paragraphe, le pronostic, tant pour la mère que pour l'enfant, est beaucoup plus grave dans l'éclampsie que dans l'hémorragie placentaire. La première a entraîné la mort de sept de mes accouchées (presque la moitié). La seconde n'a été fatale qu'à trois d'entre elles. Encore ferai-je observer que ce résultat funeste eût été sûrement évité par le bénéfice d'une intervention plus opportune.

Pour ce qui est des enfants, les résultats se rapprochent davantage (14 sur 17 et 11 sur 16). Mais il faut considérer que l'éclampsie se produit surtout vers le terme de la grossesse ou au cours de l'accouchement, c'est-à-dire à une époque où l'enfant est viable. Chez un certain nombre de mes malades, au contraire, l'hémorragie placentaire s'est

déclarée à une époque où le terme de la viabilité n'était pas encore atteint. Ainsi s'explique, pour ce qui a trait au produit, le chiffre si élevé de la léthalité.

Une simple considération, d'ailleurs, suffira pour expliquer la plus grande gravité du pronostic, relativement à l'enfant, dans l'éclampsie que dans l'hémorragie placentaire.

Dans la première, attribut plus fréquent de la primiparité, le col est fermé et difficilement incitable. Dans la seconde, il est ramolli, plus ou moins ouvert. Il devient par là plus aisé de faire entrer l'organe en contraction.

Au terme de la grossesse, lorsque l'enfant est viable, il ne court pas plus de danger que sa mère, par le fait de l'hémorragie, à la condition, bien entendu, que les ressources de l'art soient utilisées convenablement et en temps opportun.

Quelques mots, pour terminer, concernant le traitement de l'une et de l'autre complication puerpérale.

Je ne dirai rien de l'éclampsie survenant dans les premiers mois de la grossesse. Ces conditions, en effet, ne motivent, que par exception, une action chirurgicale. Il n'en est pas ainsi de l'hémorragie placentaire.

Dans les premiers mois de la grossesse, si le repos au lit, les refrigérants, les styptiques et les narcotiques se montrent insuffisants pour réprimer l'hémorragie, il convient de recourir au ballon hydrostatique, qui agit à la fois par la réfrigération et par la compression. J'ai cité plus haut un fait dans lequel ce moyen m'a parfaitement réussi. A cette première période, le col de l'utérus est généralement peu incitable. Sans une disposition marquée à l'avortement, cet agent réussit malaisément à déterminer des contractions. Si, malgré l'emploi de ces moyens, l'avant-couche se produit, on a du moins la conscience d'avoir fait, pour l'éviter, tout ce qui était possible.

Quand, au contraire, la grossesse arrive à son dernier terme, la ligne de conduite de l'accoucheur est toute tracée. Il ne faut pas attendre, pour agir, que les pertes de sang

aient compromis deux existences. Or, qu'on ne l'oublie pas, l'agent d'incitation cervicale le plus inoffensif, le plus aisé à mettre en œuvre en même temps que le plus sûr, à un tel moment, c'est le ballon hydrostatique.

Dans ces dernières conditions, la première chose à faire, c'est de poser le ballon et de le gonfler, avec toute la quantité d'eau froide qui peut être supportée par la malade. La compression qu'il détermine oppose une barrière à l'hémorragie et fait naître des contractions. Par son bénéfice, le décollement du placenta, la dilatation cervicale se font avec une perte de sang relativement insignifiante.

Grâce à la facilité avec laquelle on peut enlever puis replacer l'ampoule, l'accoucheur peut, sans le moindre inconvénient, surveiller la marche du travail, à l'effet d'intervenir efficacement aussitôt que la perméabilité du col permet le passage de la main ou des engins obstétricaux.

Ce qui me reste à dire est aussi bien applicable à l'éclampsie qu'à l'hémorragie placentaire.

Lorsque le col a atteint une ouverture de 0,04 à 0,045, si c'est la tête qui se présente, il est temps d'appliquer le rétroceps.

Les tractions peuvent être effectuées à la main, à une portée de 4 à 5 minutes. Au cours des tractions, il faut opérer la dilatation digitale de la lèvre antérieure. Ces manœuvres, effectuées avec douceur et méthode, sont absolument inoffensives pour la mère. Je puis affirmer que, *des centaines de fois*, j'ai pratiqué ce que j'ai nommé l'*accouchement physiologique artificiel*. Je lui ai dû de nombreux succès et je suis encore à déplorer le moindre revers, résultant de cette intervention méthodiquement conduite.

Il est rare que ces moyens restent insuffisants. Dans les cas d'une extrême gravité, où l'imperméabilité du col oppose un obstacle trop considérable au passage de la tête, il convient de recourir aux moyens extrêmes. Il faut en venir aux incisions cervicales libératrices, à la craniotomie, voire même à la céphalotripsie. Ces dernières mesures

doivent être employées sans scrupule, dans l'intérêt de la mère, soit quand il y a pour elle un péril imminent à conjurer, soit quand on a acquis la certitude que l'enfant a cessé de vivre.

### II. — Obstacles apportés par un vice de conformation du bassin.

De tous les vices de conformation du bassin, ceux qui portent sur les dimensions des détroits sont les plus communs. Le cadre restreint que je me suis tracé ne saurait me permettre de traiter *ex professo* de l'un des points les plus importants de la pratique obstétricale. Je me bornerai, en conséquence, à entretenir mes lecteurs des cas que l'on a le plus fréquemment occasion de rencontrer. A ce titre, je n'aborderai que deux points circonscrits de la question. Ces points ont trait aux *rétrécissements* du *détroit inférieur* et du *détroit supérieur* du bassin. Comme les faits constituent toujours les arguments les plus péremptoires, qu'ils se gravent mieux aussi dans l'esprit que de simples préceptes, c'est à eux surtout que j'aurai recours pour décrire le *modus faciendi* qui me semble convenir davantage à ces cas particuliers de dystocie.

#### § 1. — Rétrécissement du détrot inférieur.

Qu'ils soient absolus ou relatifs, ce qui, pratiquement, est tout à fait identique, les cas d'angustie du détroit inférieur se présentent fréquemment à l'observation de l'accoucheur. Très souvent, en effet, la tête est arrêtée plus ou moins longtemps dans sa progression au voisinage de la vulve. On est généralement porté à mettre cet arrêt sur le compte des parties molles. Par le fait, il est souvent dû aussi au rapprochement trop prononcé, par rapport au volume de la tête, des deux ischions. Le moyen de s'assurer du siège véritable de l'obstacle est bien simple. Il consiste, lorsque survient une douleur, à porter le doigt

entre la tête et le périnée. Si, sous l'influence des contractions, l'organe vient à s'appuyer directement sur ce plancher musculaire, c'est que les parties molles s'opposent seules au passage de la tête. S'il en est autrement, c'est que cette dernière est arrêtée en un point plus élevé. En un mot, il s'agit, en pareils cas, d'un rétrécissement, soit absolu, soit relatif du détroit inférieur.

Ces conditions ne sont que bien rarement de nature à embarrasser l'accoucheur, alors surtout qu'il est convenablement pourvu, au point de vue des éléments d'action. C'est dans une telle condition, qu'il faut souvent chercher la véritable cause de la suprématie de bien des accoucheurs. S'ils font mieux que la plupart de leurs confrères, c'est qu'ils disposent d'agents de délivrance plus parfaits et plus aisés à mettre en œuvre.

Une tête, en bonne présentation, est arrêtée par un rétrécissement du détroit inférieur : quelle doit être la conduite de l'homme de l'art ? A quel agent de délivrance doit-il recourir, pour effectuer la délivrance avec le plus de promptitude et de bonheur ?

Le rétroceps étant l'instrument le plus maniable et de l'emploi le plus expéditif, c'est à lui qu'il faut avoir recours de préférence. En pareils cas, à part de rares exceptions, le succès est aussi facile que rapide. Pour l'obtenir, il suffit de tirer d'une seule main, pour faire achever à la tête l'exécution de son mouvement de rotation circumpubien.

Il peut se faire, cependant, que le volume de la tête soit à ce point disproportionné, que les efforts les plus énergiques se montrent impuissants pour opérer, j'oserai dire, le moulage artificiel de l'organe.

Je rappellerai, à ce propos, un fait qui renferme un précieux enseignement pratique.

Observation. — *Rétrécissement du détroit inférieur. — Impuissance des fortes tractions. — Moulage de la tête sous la seule influence de la tonicité du muscle utérin. — Enfant vivant.*

Au mois de mai 1867, je fus appelé par une sage-femme

pour mettre fin, chez une primipare, à un travail qui ne comptait pas moins de trois jours d'invasion. Pubis très épais; ischions très rapprochés (barrure du bassin). Col très épais, ouvert de 0,04. — Application du rétroceps ; tractions opérées toutes les 4 à 5 minutes, avec une intensité croissante. A cette époque, je n'osais encore me servir de mon tracteur obstétrical. Épuisé de fatigue, je dus confier le soin d'opérer les tractions à un aide intelligent et vigoureux, qui ne déploya pas (ainsi que j'en pus bientôt acquérir la preuve, par le moyen d'une expérience dynamométrique) une force de moins de 80 kilog.

La tête, visible entre les ischions, n'en demeura pas moins inébranlable.

Il me répugnait de recourir à l'embryotomie, qui me semblait constituer la dernière planche de salut. Patiente et accoucheur avaient grand besoin de repos. Je fis coucher la malade, et m'abstins de toute manœuvre pendant un intervalle de 3 heures.

Durant ce laps de temps, Mme B. put goûter quelques instants de sommeil. Bien qu'elle n'ait ressenti que des douleurs en apparence sans aucune portée, ma surprise fut extrême en constatant, par un nouvel examen, un état de choses auquel j'étais loin de m'attendre. Le vertex s'était allongé au point de devenir visible à l'anneau vulvaire.

Je remis en place le rétroceps, et je pus extraire, non sans déployer une certaine force, mais au moyen d'une seule main, cette même tête sur laquelle s'était épuisée, en pure perte, la puissance musculaire d'un aide très vigoureux.

L'explication de ce succès, relativement si facile, me fut fournie par l'examen de l'organe. Sous l'influence de la seule tonicité des fibres contractiles de l'utérus, la tête s'était allongée *en pain de sucre*. Le diamètre occipito-mentonnier ne mesurait pas moins de 0,165. Il avait donc acquis un excédant de longueur de 0,03.

L'enfant était plein de vie et ne portait que des stigmates superficiels, qui n'ont pas persisté au delà de quelques jours. La mère s'est rétablie sans aucun accident.

Reste à savoir s'il ne serait pas possible de mener à bien de tels cas de dystocie avec moins de souffrances et de dangers possibles pour la mère, avec moins de labeurs pour l'accoucheur ?

Je crois pouvoir répondre à ces questions par l'affirmative. Si pareil cas se présentait de nouveau à mon observation, je m'éviterais toute fatigue inutile, en associant le tracteur mécanique au rétroceps, dans la première phase de l'extraction. Le col une fois suffisamment dilaté, si je soupçonnais que l'excès de développement de l'orbe céphalique constituât le principal obstacle à l'entraînement de la tête, au premier agent de préhension, je substituerais le forceps à branches parallèles, entre les cuillers duquel s'opérerait l'allongement artificiel progressif de l'ovoïde fœtal. En utilisant la traction mécanique, j'aurais constamment l'œil fixé sur le dynanomètre, et j'arriverais à déployer graduellement une force de 50 à 60 kilogr. Si cette puissance attractive restait sans effet, j'enlèverais les instruments pour en reprendre l'usage après une ou deux heures de repos. Si une seconde tentative demeurait sans succès, pour sauvegarder les intérêts de la mère, j'aurais recours à la suprême ressource de la céphalotomie.

Quand il est bien établi que ce moyen cruel constitue la dernière ressource, la tête est tellement accessible, que la perforation du crâne est très facile. Elle doit être effectuée entre les cuillers du forceps. Cette précaution prise, la matrice cérébrale s'évacue d'elle-même suffisamment, sous l'influence des tractions, pour que l'extraction de l'organe s'obtienne désormais sans aucune peine.

Les rétrécissements de la présente catégorie, je le répète, constituent rarement des cas sérieux de dystocie, pour tout accoucheur quelque peu exercé, et disposant d'un *armentarium* obstétrical convenablement pourvu. Je n'insisterai donc pas davantage sur cet objet.

Il est loin d'en être ainsi, lorsque l'obstacle à la progression de la tête tient à un vice de conformation du détroit supérieur. Trop souvent ces conditions sont de nature à em-

barrasser les praticiens les plus habiles, qui n'ont entre les mains que l'engin de préhension traditionnel. Nous allons voir, au contraire, que, dans la plupart des cas, l'emploi du rétroceps permet de triompher assez aisément de cette difficulté tocologique qui, par le fait, ne saurait être, le plus et le mieux, considérée que comme relative.

### § 2. — Retrécissement du détroit supérieur.

Les rétrécissements du diamètre conjugué peuvent être répartis en trois catégories. Ils sont franchissables, sans ou avec lésion de la boîte osseuse, ou infranchissables. On verra bientôt que, pratiquement parlant, ces catégories peuvent être réduites à deux.

La limite des détroits franchissables sans lésions fœtales est mesurée par la largeur de la base du crâne, qui, en moyenne, est de 0,075.

Si l'on considère, toutefois, que : dans les bassins rétrécis, la tête s'engage presque toujours d'une façon plus ou moins oblique par rapport au plan fictif du détroit supérieur; que cette obliquité, par suite de l'avance prise par l'extrémité antérieure du diamètre antéro-postérieur de l'organe, tend à diminuer proportionnellement l'étendue de ce même diamètre, on peut déduire de ces circonstances favorables que l'ovoïde fœtal est susceptible d'être entraîné, indemne de toute lésion osseuse, au travers d'une filière d'une étendue un peu moindre que la longueur de son diamètre pelvien correspondant.

Une condition, toutefois, est de rigueur. Il faut que l'agent de préhension agisse, sur ce même ovoïde, d'une façon favorable ou rationnelle.

C'est ce qui n'a pas lieu, lorsque l'on fait usage du forceps classique; dans les mêmes conditions, au contraire, le rétroceps agit conformément aux principes de la mécanique obstétricale. Ce sont ces modes d'action si distincts qui, dans un certain nombre de cas, rendent compte de l'impuissance, de l'action nocive du premier de ces instruments, des excellents effets et de l'innocuité du second.

Quelques mots me suffiront pour faire comprendre les différences si capitales du mode d'action de ces deux agents de délivrance.

Ouvrez le premier traité d'accouchements, représentant une application de forceps au détroit supérieur. Tracez une ligne prolongée, passant dans l'aire centrale des cuillers, et vous verrez que, malgré la précaution de tirer aussi en arrière que possible, la ligne de traction, qui devrait correspondre à la perpendiculaire élevée au centre du plan du détroit supérieur, se trouve portée trop en avant au moins de toute la longueur du coccyx et du plancher périnéal. Quelle sera la conséquence de cette traction excentrique ? La tête sera portée contre le pubis, et ne pourra franchir le détroit que par le déploiement d'une force souvent considérable, trop souvent préjudiciable à la vie de l'enfant. Assez souvent même il arrive que, nonobstant l'intensité de la force déployée, la tête ne peut être entraînée. Alors il faut en venir à la pratique de l'embryotomie.

En pareils cas, quel est, au contraire, le mode d'action du rétroceps ?

Plus d'une fois, en pareils cas, le levier a été employé *a retro* avec de grands avantages, après l'insuccès bien constaté du forceps. Et bien ! *le rétroceps*, dans ces mêmes conditions, *n'agit pas autrement qu'un large et puissant levier postérieur*. Au lieu de mesurer une largeur de 0,04 à 0,05, ainsi que la spatule Belge, il se développe suivant une étendue de $0^{m},12$ à 0,15 autour de la tête, qu'il saisit en arrière, selon 1/3 environ de sa circonférence. Il est aisé de comprendre la puissance d'un tel agent de réduction et de traction, en raison de l'étendue de la prise qu'il affecte sur la tête, et de la profondeur de ses cuillers.

Son mode d'action, du reste, est en tous points conformé aux principes de la mécanique obstétricale. Dans les conditions qui nous occupent, quelle est l'indication à remplir ? que ferait, en un mot, l'accoucheur, si son agent de préhension naturel, si la main était douée d'une force suffisante pour l'exécution d'une telle manœuvre ?

Il irait embrasser, à pleine main, l'organe par sa partie

postéro-supérieure, et s'efforcerait de faire regagner à cette même partie, trop élevée, l'avance prise sur elle par la partie antérieure, descendue sur un point plus déclive. En un mot, prenant le pubis pour point d'appui antérieur, il s'efforcerait de faire effectuer autour de lui à l'organe un mouvement pivotal, dans lequel l'axe de cercle postérieur doit mesurer environ 7 fois plus d'étendue que l'antérieur.

Le rétroceps n'a pas un autre objectif. Ce que notre frêle et trop volumineux agent de préhension est incapable d'accomplir, cette mince et puissante main d'acier est admirablement disposée pour l'effectuer.

Il n'y a donc nullement lieu d'être surpris des succès souvent si faciles que procure cet instrument, dans ces cas particuliers. S'il est encore aujourd'hui des accoucheurs qui les contestent, c'est qu'ils n'ont pas daigné prendre connaissance des nombreuses observations publiées depuis une 20e d'années, non seulement par moi-même, mais par une foule de confrères, complètement désintéressés dans la question ([1]).

Afin de me faire mieux comprendre théoriquement, je diviserai en trois catégories les rétrécissements du détroit supérieur.

1° Dans la première se rangent ceux qui s'abaissent à 0,08 et un peu au-dessous. Dans ces cas-là, le rétroceps permet, presqu'à coup sûr, d'extraire un enfant vivant. On pourra trouver, à l'appui de cette assertion, de nombreux faits, soit dans la presse médicale de ces quinze dernières années, soit dans mon *Traité du Rétroceps*.

2° La seconde catégorie a trait aux rétrécissements franchissables à l'aide du rétroceps, sans mutilation préalable de la boîte osseuse, mais avec traumatisme fœtal nécessairement mortel.

Je n'ai jamais rencontré de faits de cette nature, mais on trouvera, dans mon *traité du rétroceps*, deux cas empruntés à la pratique du Dr Duval, de Gournay-en-Bray, relatifs à un rétrécissement du diamètre conjugé, mesurant *un peu moins de six centimètres*.

([1]) V. notre *Traité pratique du Rétroceps*, p. 134 *et seq.*

Dans l'un et l'autre cas, M. Duval posa le plein d'une serviette sur le manche du rétroceps, entre les deux branches, en confia les chefs à deux aides vigoureux, et fit exécuter par eux des tractions énergiques, qui, sans aucun préjudice pour la mère, ont eu bientôt pour effet d'entraîner la tête.

En pareils cas, je crois devoir le faire observer, il serait à tous égards préférable d'opérer les tractions à l'aide d'une machine.

Une observation me semble ici de saison. Un rétrécissement aussi prononcé ne pouvant permettre l'extraction d'un enfant vivant, plutôt que d'exposer la mère aux suites d'un traumatisme gros de dangers, il serait d'une sage pratique d'effectuer la craniotomie avant de procéder aux tractions.

3° Dans une troisième catégorie, enfin, se rangent les rétrécissements infranchissables, sans morcellement préalable de la base du crâne.

A n'envisager les choses qu'au point de vue pratique et pour réduire la question à son plus grand état de simplicité, nous n'admettrons que deux espèces de rétrécissements. Les *rétrécissements franchissables*, sans ou avec lésions mortelles du fœtus, et les rétrécissements *infranchissables*. Je vais m'efforcer de tracer la ligne de conduite à suivre dans chacun de ces cas, avec les moindres risques tant pour la mère que pour l'enfant, quand il y a lieu, avec la moindre somme de peines et de difficultés pour l'accoucheur.

## I. — *Rétrécissements franchissables du détroit supérieur.*

Deux faits, dont j'ai récemment pris connaissance, dans un même journal, m'ont péniblement impressionné.

Un de ces faits s'est passé dans le service de M. le Dr Pilat, professeur d'accouchements à l'Ecole de médecine de Lille. Il s'agissait d'un rétrécissement à 0,085m du détroit supérieur. Application du forceps. Tractions stériles. Emploi de l'aide forceps de Joulin. Force déployée, 40 kilogr.

Extraction d'un enfant mort. Mort de la mère, par traumatisme, six jours après l'accouchement. (*Journal des sages-femmes*, n° du 1er avril 1880.)

Le second fait a eu pour théâtre le service du professeur Depaul. Il s'agissait encore d'un rétrécissement à 0,085m du détroit supérieur. Application du forceps croisé. Tractions effectuées d'abord par le professeur seul, puis avec le concours de M. Budin. Ces efforts combinés restant sans résultat, M. Depaul a pris le parti de pratiquer la craniotomie! (*Journal des sages-femmes*, n° du 16 avril 1880.)

Voilà où en est encore la science officielle, quand, depuis tantôt vingt ans, des faits déjà très nombreux, publiés non seulement par moi, mais par une foule de confrères, viennent établir que des rétrécissements pouvant s'abaisser jusqu'à 0,07 ne sont pas incompatibles avec l'extraction d'un enfant vivant, lorsque l'on met en usage le rétroceps.

Je ne reviendrai pas sur le parallèle que j'ai établi plus haut sur le mode d'action si distinct du forceps et du rétroceps, parallèle si à l'avantage de ce dernier, dans les cas qui nous occupent. C'est ce mode d'action spécial de mon instrument qui rend compte de tant de succès faciles et complets obtenus par son emploi, tant par moi que par de nombreux confrères, dans des cas où souvent avait été en vain mis en usage le forceps symétrique.

Mon *traité du rétroceps* en a publié un grand nombre d'exemples, empruntés à la pratique des docteurs Phélippeaux, Duval, Thierry-Mieg, Carrez, de Henne, Lambert, Devaux, Duplessy, des professeurs Bisch, de Grenoble, Navasque, de Florence, etc. J'ai, de plus, dans mes cartons, une foule de lettres reçues de toutes parts, attestant les admirables services de mon instrument dans les conditions qui nous occupent.

Quand on voit une foule d'hommes honorables et désintéressés dans la question, appuyer leur témoignage sur tant de faits probants, à moins de tenir quand même les yeux fermés à la lumière, il faut bien se rendre à l'évidence. Aussi a-t-on lieu d'être péniblement supris de voir des

hommes d'un talent incontestable, persister à faire usage d'instruments de mort et à mettre en jeu deux existences qu'il serait aisé de conserver, en ayant recours à un agent de préhension mieux approprié. J'ai cité précédemment les cas de MM. Pilat et Depaul. J'en pourrais citer une foule d'autres, mais ceux-ci parlent plus éloquemment, car ils émanent de deux maîtres autorisés.

Dans ces cas, le rétrécissement était de 0,085. Que dire donc d'un accoucheur qui croit bon de recourir à l'emploi du céphalotribe, l'enfant étant vivant, *pour un rétrécissement s'élevant à neuf centimètres?* (1)

Il n'est plus permis à un accoucheur honnête d'ignorer de pareils faits. Il faut bien se pénétrer de cette vérité, c'est qu'au travers d'une angustie de 0,08, quelquefois même au-dessous, il est presque toujours possible, avec l'emploi du rétroceps, d'extraire un enfant vivant. Avant d'en venir à un parti suprême, c'est donc un devoir de conscience de mettre en œuvre un instrument de délivrance que ses nombreux et incontestables services recommandent à la confiance de tous les hommes de l'art désireux de bien faire.

Quelques faits recueillis par divers confrères et relatés très sommairement me semblent nécessaires, pour fournir plus d'autorité à ma parole.

I. — Primipare à terme. Diamètre sacro-pubien mesurant *au plus* 0,085. Application du rétroceps. Tractions au moment des douleurs. Au bout de 20 minutes, extraction d'un enfant vivant. Dépression des os du crâne, occasionnée par l'angle sacro-vertébral (Dr Thierry-Mieg).

II. — Tête mobile au-dessus du détroit supérieur, rétréci à 0,085. Rétroceps engagé jusqu'à la poignée. Une heure et demie de tractions intermittentes. Enfant vivant (Dr Duval, de Gournay-en-Bray).

III. — Primipare de 20 ans. *Dix applications de forceps ont été faites sans aucun fruit par le Dr X.* Enfant mort. Application du rétroceps au détroit supérieur. *Tractions*

(1) *Gaz. des hôp.*, no du 18 mai 1875.

avec appui *faites avec une seule main. En moins de cinq minutes*, extraction d'un enfant mort, dont la vie eût été aisément conservée par l'emploi plus opportun du rétroceps (Dr Phélippeaux, de St-Savinien).

IV. — 8me couche. Sept enfants extraits privés de vie. Rétrécissement en 8 de chiffre. Angle sacro-vertébral très proéminent. Rétroceps. Extraction, avec trois tractions, d'un enfant vivant (Dr Dehenne, de Bourbourg).

Dans quatre autres faits, qui m'ont été communiqués par cet honorable confrère, le rétroceps a été enfoncé jusqu'à la poignée, dans des cas de rétrécissement du bassin.

La plus longue extraction n'a pas demandé plus d'une demi-heure.

V. — Applications multiples et stériles du forceps. Emploi du rétroceps. Au bout d'une demi-heure, extraction d'un enfant vivant (Dr Lory, de La Ferté Macé).

VI. — Tractions énergiques sur le rétroceps. Effet nul. Deux aides vigoureux exercent un effort si violent que «les branches fléchissent sous l'effort. » Extraction d'un enfant vivant (prof. Bisch, de Grenoble).

Ainsi que je l'ai déjà dit, j'ai recueilli moi-même un grand nombre d'observations analogues à celles dont je viens de tracer la rapide esquisse. Leur relation m'entraînerait beaucoup trop loin. Bon nombre d'entre elles ont été publiées *passim*. Il y a quelques jours, je faisais encore paraître, dans un journal belge (1), l'histoire particulièment démonstrative des

*Quatre couches d'une dame affectée d'un rétrécissement à 0,085 du détroit supérieur.*

Le premier accouchement a été effectué à l'aide du forceps croisé. L'enfant est venu mort. Cette couche malheureuse a entraîné une diduction de la symphyse pubienne, qui a nécessité le séjour au lit pendant un mois.

Le second accouchement, effectué par moi (présentation du coude), a eu, à la suite d'une version laborieuse, une

(1) Voir le no du 23 mai 1880 du *Scalpel*.

heureuse solution. (Au moment du dégagement de l'épaule postérieure, fracture de l'humérus; extraction difficile de la tête.)

Dans ses deux dernières couches, ma cliente a été délivrée au moyen du rétroceps. Aujourd'hui cette dame est mère de trois beaux enfants, dont les deux derniers, à n'en pas douter, doivent la vie à cet instrument.

Pour clore ce chapitre, je me bornerai à relater deux faits intéressants à des points de vue différents.

Observation I. — *Tête au détroit supérieur rétréci. — Bruit caractéristique produit au moment où la tête franchit brusquement l'angustie.*

Le premier de ces faits date de 1864. Il s'agissait d'une jeune primipare de taille lilliputienne, auprès de laquelle se tenait, depuis 24 heures, un honorable confrère qui n'avait pu même parvenir à poser la première branche de son forceps, tant la vulve était étroite. Je ne pouvais moi-même introduire deux doigts dans les organes sans arracher des cris à la malade. Tête à peine accessible au doigt explorateur. Bruits fœtaux retentissants dans le flanc gauche (O I G).

Application assez délicate du rétroceps, la malade ayant été mise en travers du lit. Tractions manuelles énergiques. Soudain un bruit sourd et sinistre se fait entendre. C'était la tête qui franchissait brusquement l'obstacle qui la retenait au détroit supérieur.

Quelques instants après, je mettais au monde une fille vivace qui, sans l'emploi du rétroceps, était infailliblement condamnée à périr dans le sein de sa mère.

Deux mots seulement sur le bruit caractéristique dont il vient d'être question.

Sur plus de vingt cas de cette nature observés dans ma longue pratique, je n'ai perçu ce bruit que quatre fois.

Il est hors de doute que le mode spécial d'action du rétroceps, sollicité avec les mains, donne surtout lieu à la

production de ce bruit qui, cependant, paraît-il, est quelquefois aussi déterminé par le forceps. Ce bruit ne me semble autre qu'un phénomène de balistique. Il se passe, en pareil cas, quelque chose d'analogue à ce qui se produit lorsque l'on décharge une arme à feu. Dans ces dernières conditions, le bruit est déterminé par la rentrée subite de l'air dans le canon où s'est fait le vide.

Le même fait physique a lieu dans le cas qui nous occupe, sous l'influence d'une traction énergique donnant lieu à l'entraînement soudain de la tête.

Ce phénomène, ajoutons-le, a été quelquefois aussi observé à la suite de l'extraction rapide du délivre.

Il est bon de connaître la nature de ce bruit, bien fait pour décontenancer un praticien novice. Pour mon compte, j'avoue que, la première fois que je l'ai déterminé, je me suis senti glacé d'effroi, convaincu que j'avais déterminé de graves lésions. Il n'en a rien été dans les quatre cas que j'ai observés, cas qui, au double point de vue de la mère et de l'enfant, ont eu l'issue la plus heureuse.

Je vais terminer ce chapitre par la relation d'un cas qui, classiquement, serait incontestablement tenu pour un rétrécissement infranchissable, au point de vue de la conservation de l'enfant. On va voir qu'un double succès a été la suite d'une application de rétroceps. Je ne relaterai qu'en substance une observation qui a été ailleurs [1] publiée dans tous ses détails.

Observation II.—*Rétrécissement à moins de* 0,07 *du détroit supérieur. — Rétroceps; tracteur obstétrical. — Dépense de* 60 *kilogr. de force mécanique. — Enfant vivant.*

Mme B., primipare, âgée de 22 ans, d'une petite stature (taille 1m53), ressent les premières douleurs de l'accouchement le 11 novembre 1876, à 6 heures du matin. Le 12, à 9 heures du matin, je suis appelé auprès d'elle par la

[1] Voir notre *Essai pratique sur la traction mécanique obstétricale*, p. 81 et *seq.*

sage-femme qui présidait au travail. Battements fœtaux dans le flanc gauche (O I G A). Col très haut situé et dilatable. Tête arrêtée au détroit supérieur. Application du rétroceps. Tractions manuelles inefficaces. Association de mon appareil attractif. Développement d'une force de 50 kilogr. La tête s'abaisse. Croyant n'avoir plus à lutter que contre la résistance des parties molles, j'enlève le tracteur. Je puis alors m'assurer que la voûte seule s'est allongée. La base du crâne est demeurée au détroit supérieur. L'appareil à traction est réappliqué et la petite manivelle remise en mouvement. Rupture des liens attractifs, que je remplace par une ficelle plus résistante. Je dois élever graduellement la puissance jusqu'à 60 kilogr. Débridement multiple de l'anneau vulvaire. Extraction d'un garçon, en état d'asphyxie bleue. Saignée ombilicale abondante, fustigation, alapation, respiration artificielle. Au bout d'une demi-heure de soins assidus, rappel à la vie d'un enfant qui jouit aujourd'hui d'une excellente santé.

Diamètres céphaliques normaux, circonférence occipito-frontale = 0,345 (normale).

Ce n'est qu'à la suite de la délivrance que je puis me rendre un compte exact des difficultés dont j'ai été assez heureux pour triompher.

La conformation du bassin de cette femme est tout exceptionnelle. L'épaisseur du pubis, mesurée avec le plus grand soin avec l'instrument de Stanescu (compas de Baudelocque approprié à la pelvimétrie, tant interne qu'externe) atteint *0,055*.

Une dépression sensible se remarque à la partie postérieure médiane du sacrum. Je ne relève qu'une étendue de 0,165 du diamètre antéro-postérieur du pelvis, qui, à l'état normal, atteint 0,19.

Membres peu développés, mais ne portant aucune trace de rachitisme.

Tenant compte de la dépression postérieure du sacrum, de la sensible réduction du diamètre antéro-postérieur externe du bassin, de l'épaisseur considérable du pubis, j'ai cru devoir estimer *à moins de 0,07* la longueur du diamètre sacro-pubien.

On est en droit de se demander comment une tête présentant un diamètre bi-temporal de 0,082 a pu traverser, indemne de lésion, une angustie de *moins de 0,07?* Ce fait s'explique par l'obliquité de la base du crâne au moment où l'organe a été saisi au détroit supérieur, obliquité qui a dû diminuer proportionnellement la longueur relative du diamètre transversal de la tête; par la ductilité des os du crâne; enfin, par le mode d'action spécial du rétroceps, mode tendant à opérer une réduction sensible du diamètre bi-pariétal.

La dépense de force attractive a été considérable. Elle s'est élevée à 60 kilogr., degré réputé par Chassagny comme incompatible avec la conservation de la vie de l'enfant. Pour mon compte, j'ai eu le bonheur de compter un certain nombre de succès dans des cas analogues. Ces résultats tiennent, sans doute, aux conditions de fonctionnement plus favorables, qui sont le propre des instruments dont je fais usage.

La veille même du jour où ces lignes ont été écrites, j'ai retiré, des fortes tractions mécaniques, le résultat le plus satisfaisant. Voici, sommairement, le fait dont il s'agit.

Observation.— *Dystocie occasionnée par un excès d'embonpoint et par un léger rétrécissement latéral du bassin. — Rétroceps ; tracteur obstétrical. — Dépense de 60 kil. de force mécanique. — Enfant vivant.*

Le 3 mai 1880, appelé par le Dr Foucaud de l'Espagnery, j'arrivais, à 9 heures du matin, auprès de Mme L., primipare, âgée de 37 ans. Cette dame est chargée d'embonpoint. Ecoulement des eaux le 2, à 6 heures du matin. A partir de 6 heures du soir, fortes douleurs, qui se soutiennent toute la nuit. A mon arrivée, je constate que la voûte du crâne seule est engagée. Application du rétroceps. Tractions manuelles insuffisantes. Association du tracteur mécanique. Déploiement graduel d'une force de 60 kilogr. Extraction d'une fille bien développée, qui vient au monde

étonnée. Saignée ombilicale. Prompt rappel à la vie. Diamètres normaux. Sutures et fontanelles très restreintes.

Avec le doigt, on ne peut arriver au promontoire, mais on atteint facilement l'angle saillant de la crête iliaque interne, que l'on suit très loin de chaque côté.

La dystocie a reconnu pour triple cause : l'état adipeux très accentué de la malade, la conformation défavorable du bassin, le degré avancé d'ossification de la tête, entraînant un défaut de ductilité des os du crâne.

II. — *Rétrécissements infranchissables du détroit supérieur.*

Ainsi que l'indique cette dénomination, les rétrécissements dits infranchissables du bassin sont ceux au travers desquels la tête ne saurait être entraînée indemne de lésions, que ces lésions soient produites sous l'influence de fortes tractions et en dehors de la volonté de l'accoucheur, ou qu'elles soient le résultat d'une mutilation préalable, effectuée de parti pris par ce dernier.

C'est en vue de sauvegarder les deux existences, que l'on a érigé en méthode la pratique de l'opération césarienne. Dans ces temps derniers, où la hardiesse chirurgicale ne connaît plus guère de limites, on en est venu à pratiquer l'ablation de l'utérus et des ovaires. Conçue d'abord en vue de mettre fin à une hémorragie incoercible, soit primitive, soit consécutive, on a voulu par cette opération, mettre hors détat de concevoir des femmes menacées dans leur existence, par le fait d'une angustie infranchissable. Depuis, on a plus d'une fois abusé de cette méthode qui, à ma connaissance, a été appliquée à des cas qui, logiquement, n'en étaient pas justiciables.

Pour le dire en passant, je crois que l'amputation des seuls ovaires réaliserait parfaitement le même but, tout en faisant courir de beaucoup moindres dangers aux malades.

L'amputation utéro-ovarienne a été, pour la première fois, effectuée le 21 mai 1866, par le professeur Porro, de Pavie, qui lui a donné son nom. Depuis lors, cette opération

a été pratiquée 50 fois à ma connaissance. Elle a fourni 42 °/₀ de succès pour la mère. L'opération césarienne simple, beaucoup plus aisée à effectuer, a jusqu'ici assuré le salut de la mère 77 fois °/₀ (1).

Ce n'est que pour mémoire que je fais ici mention de l'opération de Porro. D'une part, en effet, je n'ai pas eu l'occasion de la pratiquer : or, il ne faut pas l'oublier, cette œuvre m'est surtout personnelle. D'autre part, elle a pour objet la pratique courante, dont je m'efforce d'aplanir les difficultés, par l'emploi de moyens mis à la portée du plus grand nombre. Ce serait donc m'écarter de mon programme, de traiter une question de chirurgie transcendante.

Pour moi, l'amputation de l'utérus et des ovaires est une opération d'hôpital. Elle entrera difficilement dans la pratique de la ville, où il se trouvera toujours plus de Napoléon Ier que de Henri VIII. Peu de maris, grâce au ciel, seront disposés à livrer leur femme au couteau césarien, avec l'espoir de conserver l'existence toujours aléatoire du produit de la conception.

Dernière considération non moins capitale : parmi les accoucheurs réputés les plus experts, combien en est-il doués d'un sangfroid et d'une habileté indispensables, pour oser entreprendre une opération de haute chirurgie?

Pour toutes ces raisons, je crois bon de passer outre et de m'en tenir à l'objet de cet ouvrage, qui, encore une fois, a pour but la simplification des manœuvres tocologiques.

Les rétrécissements infranchissables du bassin sont absolus ou relatifs. Ils sont absolus quand la tête, selon son plus petit diamètre, n'est pas susceptible de les franchir. Ils sont relatifs si l'obstacle à son entraînement provient uniquement d'un engagement anormal, de l'enclavement d'un diamètre disproportionné. Dans ce dernier cas,

(1) V. le n° du 15 septembre 1880 du *Journal d'accouchements* du Dr Charles.

l'extraction ne peut être obtenue que par un déploiement de force occasionnant pour l'enfant un traumatisme mortel, ou par la pratique préalable de la céphalotomie.

Je serai bref sur ces dernières conditions, qu'il est rarement donné de rencontrer. Je me bornerai à la relation des deux intéressantes observations qui vont suivre.

Observation I. — *Travail de quatre jours. — Rétrécissement à 0,08 du détroit conjugué. — Enclavement de la tête en position occipito-pubienne directe. — Fractures multiples des os de la voûte cranienne, résultant des énergiques contractions utérines. — Insuffisance du rétroceps. — Céphalotripsie.*

Le premier fait date du 10 juillet 1867. A mon arrivée auprès de la malade, le travail comptait *quatre jours pleins* d'invasion. Absence de bruits fœtaux. Tête au-dessus du détroit supérieur. Application du rétroceps. Quelques tractions établissent pour moi l'inutilité de mes tentatives.

L'enfant étant mort et macéré, ainsi que le traduit l'écoulement d'un liquide horriblement fétide, je pratique la perforation du crâne, puis je m'efforce d'effectuer la version. Ma main ne peut franchir le détroit supérieur, par suite de la proéminence du promontoire.

Dans cette tentative, je constate des fractures multiples de la voûte crânienne, déterminées par la violence des contractions utérines, qui ont marqué les premiers jours du travail. J'applique de nouveau le rétroceps avec l'espoir d'entraîner la tête réduite de volume, par suite de l'évacuation d'une partie de la matière cérébrale. Nouvel échec. En dernier ressort, j'ai recours au céphalotribe. Le mode de dégagement de la tête, en occipito-pubienne directe, la mensuration du diamètre conjugué, soigneusement faite après la délivrance, me donnent la clef de ce cas si grave de dystocie.

Il s'était agi d'un enclavement de la tête, selon son diamètre occipito-frontal, dans le diamètre sacro-pubien, réduit à 0,08.

Le poids de l'enfant était de 8 livres, non comprise la matière cérébrale évacuée.

Il n'y a eu aucun désordre organique, fruit de ces laborieuses manœuvres; mais la femme, épuisée par un pénible travail de *quatre jours*, a été longtemps à se remettre de cette épreuve qui, d'ailleurs, n'a laissé à sa suite aucune trace.

Le second fait est de date plus récente. Il a également trait à un enclavement de la tête en position occipito-pubienne directe. Voici, en substance, cette observation qui a été relatée avec détails et commentaires, par le Dr Bastin (1).

Observation II. — *Enclavement de la tête en position occipito-pubienne directe. — Tentatives stériles, effectuées au moyen du forceps. — Perforation du crâne. — Application fructueuse du rétroceps, associée au tracteur obstétrical.*

Le 22 décembre 1879, j'ai été appelé à Asnières, près Paris, par les docteurs Bastin et Neubauer, pour délivrer une malade qui avait, sans efficacité, subi plusieurs applications de forceps. Tête au détroit supérieur, enclavée en O P directe. Pour tenter la réduction de l'organe, j'essayai d'une application de rétroceps qui, selon mon attente, demeura stérile. Perforation du crâne. Céphalotribe. La tête fuit au-dessus des cuillers.

Il y avait deux partis à prendre. On pouvait effectuer la version, ou tenter une nouvelle application de rétroceps. Ce fut à ce dernier parti que je m'arrêtai, comme étant le moins douloureux pour la mère. Je pouvais espérer une accommodation favorable de la tête, sensiblement réduite par le fait de l'évacuation d'une partie de la substance cérébrale.

L'évènement répondit à mon espoir. Le rétroceps en place, je le reliai, par une forte ficelle, à mon tracteur obsté-

(1) *Revue de thérapeutique méd. chir.*, n° du 15 février 1880.

trical et mis en jeu la petite manivelle. N'opérant plus que sur un cadavre, je ne craignais pas de faire une dépense suffisante de force attractive, qui dépassa 60 kilogr.

Le mode de dégagement de la tête justifia mes prévisions. A sa sortie de la vulve, l'occiput était dirigé en avant et vers la cuisse gauche de la mère. La position occipito-pubienne s'était donc transformée en occipito-iliaque gauche antérieure.

Durant toutes ces manœuvres, la patiente avait été tenue, par le Dr Bastin, l'intelligent chloroformisateur du Dr Péan, sous l'influence des vapeurs anesthésiques. A son réveil, Mme B. n'avait conservé aucune conscience de ses dernières épreuves.

Le vingt et unième jour, la nouvelle accouchée, parfaitement remise, faisait ses relevailles, indemne de tout accident consécutif.

Cette femme, parfaitement constituée, eût pu, dans mon opinion, avoir un accouchement plus heureux, si le rétroceps avait été tout d'abord appliqué, au lieu et place du forceps symétrique.

Les tractions énergiques, effectuées au moyen de ce dernier instrument, ont eu pour fâcheux effet d'augmenter l'enclavement de la tête. Il y a lieu de croire que le rétroceps, agissant sur la partie supéro-postérieure de l'organe, eût pu opérer sa réduction en amenant le diamètre occipito-frontal dans le sens du diamètre oblique gauche du bassin. Nombre de fois il m'a été donné de constater de tels effets, tant au détroit supérieur qu'au sein de l'excavation.

*Courte excursion dans l'arsenal obstétrical concernant la pratique de la céphalotripsie.*

La ligne de conduite à suivre, dans les cas de rétrécissements absolument infranchissables du détroit supérieur, est identique. Pour répondre à une indication précise — le morcellement préalable de la base du crâne — une foule d'instruments ont été tour à tour présentés. Je ne ferai que mentionner ceux d'entre eux qui sont le plus connus.

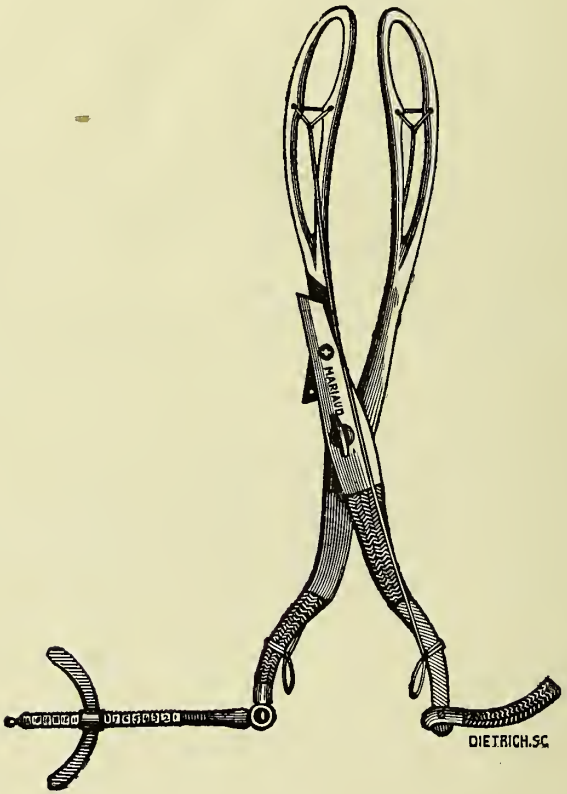
En premier lieu, il faut citer le *céphalotribe* de Baudelocque, neveu, présenté en 1827. Cet engin primitif a subi depuis de nombreuses transformations. Tout accoucheur en renom a tenu à avoir son modèle. L'un a fait disposer un crochet à l'extrémité des cuillers, pour effectuer sur la tête une prise plus sûre; l'autre, dans le même but, s'est contenté de cintrer plus fortement l'extrémité de ces mêmes cuillers; celui-ci a substitué un simple volant à la gênante manivelle de la vis de constriction; tel autre a cru utile de remplacer la vis constrictive par un lien solide s'enroulant autour de l'extrémité terminale de l'un des manches; tel autre, pour la facilité du transport, a brisé les branches à leur partie moyenne.

Pour rendre plus sûre l'action des cuillers, M. Bailly, dans ces derniers temps, a fait fenêtrer les cuillers dont il a augmenté la courbure sur le plat. Il leur a ainsi donné une plus grande largeur (0,05). Cette largeur, il est vrai, rend l'instrument impuissant dans les rétrécissements extrêmes du bassin; mais ces cas sont tellement rares, qu'il y a peu lieu de s'en préoccuper. Ainsi modifié, ce modèle peut être tenu avec raison comme beaucoup plus sûr dans ses effets.

Moi-même, j'ai fait subir au forceps céphalotribe plusieurs modifications que je considère comme avantageuses.

1° Une des grandes difficultés de l'application de tous les forceps symétriques (et le céphalotribe n'est pas autre chose) c'est leur articulation, qui ne peut s'effectuer qu'alors que les cuillers sont placées aux extrémités d'un même diamètre. Pour les amener à cette situation, l'accoucheur est souvent contraint de se meurtrir les mains, à l'effet de faire subir aux manches une torsion, grâce à laquelle les deux entablements deviennent parallèles. Ce n'est qu'à cette condition que l'on peut faire fonctionner la vis de rassemblement. J'ai fait construire, en cette vue, des griffes que j'applique sur les manches de mon forceps croisé. Or, j'ai trouvé un moyen très sûr et très commode pour parer à ce desideratum. J'ai fait établir, sur l'extrémité manuelle de la branche droite de mon céphalotribe, un appendice mobile pouvant affecter une direction perpen-

diculaire par rapport au manche. Cet appendice devient pour la main droite un solide appui.




Pour pourvoir la branche gauche d'un second appendice manuel, j'ai fait donner du jeu à l'appui de la vis de constriction, de manière à permettre à cette dernière d'affecter, elle aussi, une direction perpendiculaire par rapport au manche de cette même branche. Si l'on éprouve de la difficulté à assembler les deux leviers, on n'a qu'à saisir à pleines mains les deux appendices ci-dessus décrits et à agir en sens contraire. Le parallélisme des entablements

obtenu à la suite de cette manœuvre, un aide fait agir la vis de rassemblement et l'articulation est aisément et sûrement effectuée.

2° Pour apprécier aussitôt l'étendue du diamètre céphalique embrassé par les cuillers, j'ai fait graduer la partie antérieure de la vis de constriction. Comme il est inutile et qu'il peut être dangereux d'opérer au complet un broiement qui produirait des esquilles, on peut se borner à obtenir une réduction de la base du crâne, inférieure au degré de rétrécissement pelvien. Cet effet obtenu, il est bon de tenter l'extraction par la traction concentrique, soit manuelle, soit, de préférence, mécanique.

3° En vue de cette traction concentrique, j'ai fait pratiquer, à la partie médio-supérieure des cuillers, de petites ouvertures pour l'attache des cordons de traction.

Mon céphalotribe est à branches brisées et nickelé.

Cet instrument suffit à tous les besoins de la pratique. Il a, de plus, pour avantage de pouvoir être aisément utilisé par quiconque sait tirer un bon parti du simple forceps. En conséquence, à quoi bon multiplier à l'infini les engins qui encombrent déjà l'arsenal obstétrical?

Je ne citerai donc que pour mémoire :

Le *forceps-scie* de van Huevel, de Bruxelles; le même instrument, à double chaîne de M. Tarnier. Ces instruments sont d'un prix trop élevé pour être accessibles au plus grand nombre. Heureusement, il est possible de s'en passer;

La *tréphine à gaîne* de M. Guyon, instrument que la rectitude de ses tiges rend impropre à son objet, qui est la trépanation de la partie centrale de la base du crâne ;

C'est pour atteindre sûrement cette portion sphénoïdienne, que Leissnig a fait construire son *trépan perforateur à manivelle*, dont la tige est curviligne.

J'ai moi-même fait simplifier cet instrument, dont j'ai rendu à volonté la tige rectiligne ou curviligne. Ce térébellum, d'un prix peu élevé, permet d'opérer la trépanation de la base du crâne à toutes les hauteurs, de la face, de la colonne vertébrale (spondylotomie). Aucun engin analogue n'est apte à remplir un aussi grand nombre d'indications;

Le *forceps céphalotribe à dard courbe* des frères Lollini, de Milan. Le perforateur-térébellum, implanté sur l'entablement du forceps, grâce à la courbure de sa tige, atteint sûrement la partie centrale de la base du crâne. Malheureusement, cet instrument, à peu près inconnu en France, est d'un prix trop élevé pour un engin spécial;

Le *transforateur* du professeur Hubert, de Louvain, peut être un bon instrument, mais il est trop massif, et a le tort, encore une fois, de ne servir qu'à un seul objet.

Parlerai-je du *lamineur céphalique* du professeur Wasseige, du *cranioclaste* de Simpson, de la *pince* ou *craniotome* de Barnes, imitation des pinces à os de Davis, de Stein, de Boer, de Ménard ?

Tous ces engins peuvent assurément avoir leur utilité; mais on peut dire que, de tous les instruments de ce genre, c'est le céphalotribe qui est le plus recommandable, car c'est encore lui dont on peut retirer les plus nombreux services. Avec cet agent de préhension et de broiement, tel surtout que je l'ai fait modifier; avec ma tréphine à tige, à volonté, rectiiigne ou curviligne, je crois que l'on peut sûrement parcourir le champ presqu'entier de l'embriotomie.

Après cette rapide excursion dans l'arsenal obstétrical, complétons ce chapitre par la sommaire relation de quelques observations qui me permettront d'indiquer la ligne de conduite que j'adopte dans les graves conditions de dystocie qui nous occupent.

Observation I. — *Bassin court.— Rétrécissement par compression transversale du bassin. — Rétroceps et forceps insuffisants. — Céphalotribe. — Version.*

Le 20 juillet 1876, je fus appelé par le Dr Leboucq pour terminer un travail comptant trois jours d'invasion. Battements fœtaux nuls. Tête mobile au-dessus du détroit supérieur. Bien que non indiqué, le rétroceps est essayé. Ainsi que je m'y attendais, non maintenue par le pubis, dès la première traction, la tête remonte au-dessus du

détroit supérieur. Après anesthésie, application du forceps croisé, qui est engagé à 0,27, jusqu'à la vis de rassemblement. Tractions infructueuses à 50 kilogr. effectuées avec mon appareil mécanique. Craniotomie, puis application du céphalotribe et traction mécanique à 40 kilogr. Les cuillers n'ont de prise que sur la voûte, et reviennent à vide. Je me décide à pratiquer la version.

Ignorant la direction du plan antérieur du fœtus, laquelle doit présider au choix de la main correspondante à ce même plan, j'introduis la droite comme la plus puissante et la plus adroite. J'accroche un genou avec deux doigts. Entraînement assez facile des membres inférieurs et du tronc. Dégagement laborieux des épaules.

Les os de la base du crâne sont simplement dissociés. Cette dissociation rend compte du facile passage de l'organe au travers du détroit.

L'examen digital du bassin, effectué soigneusement après la délivrance, permit de nous rendre compte de la nature des difficultés qu'il nous a fallu surmonter.

L'extrémité de l'index ne peut arriver au promontoire. Mais la pulpe du doigt atteint aisément de chaque côté, dans une grande étendue, la marge supérieure anguleuse du détroit supérieur. Il s'agit donc d'un bassin court et rétréci par compression latérale.

Le rétablissement de la mère a eu lieu dans les conditions normales.

Observation II. — *Bassin rétréci à 0,65. — Rétroceps; forceps; traction mécanique.—Céphalotripsie.—Version.*

Mme M..., âgée de 32 ans, a eu, il y a 14 ans, un accouchement très laborieux. Le Dr X..., son accoucheur, ne pouvant la délivrer, la fit entrer à la clinique, où M. Depaul a terminé le travail. Enceinte de nouveau, elle se confia aux soins du Dr Robinet, qui, ne pouvant mener à bien son œuvre, me pria de lui venir en aide, le 1er janvier 1877. Mon confrère avait, depuis 48 heures, effectué plusieurs tentatives d'application de forceps. Il n'avait pu parvenir à en marier les branches.

Tête au-dessus du détroit supérieur. Bosse séro-sanguine, qui masque complètement sutures et fontanelles. Application du rétroceps qui trouve une prise solide. Efforts mécaniques impuissants, bien que poussés à 60 kilogr. Application difficile du forceps croisé, sur lequel, avec une machine, je déploie une puissance de 50 kilogr. Perforation du crâne. Mise en œuvre du céphalotribe, que je ne parviens à articuler qu'en utilisant les deux appendices, formant office de griffes, dont sont pourvus les manches. Traction mécanique à 40 kilogr. Dérapement des cuillers. Je me décide pour la version.

Ignorant la direction du plan antérieur du fœtus, j'introduis à tout hasard la main droite. Je ne saisis qu'une main, que je retire, pour éclairer la situation. C'était la main gauche de l'enfant, la face palmaire dirigée à droite de la mère. Le plan antérieur de l'enfant était donc de ce côté. De là, l'indication de l'usage de la main gauche.

C'est donc cet organe que j'introduis au sein de l'utérus. Ma main est fort à l'étroit et comme sciée par le promontoire, formant un angle aigu. Je saisis un genou que j'entraîne ; dégagement laborieux, application d'un lien sur le pied et tractions combinées avec un mouvement en sens contraire opéré sur la tête pour la repousser. Dégagement non moins pénible des épaules.

Toutes ces pénibles manœuvres ont eu une durée de 2 heures 1/2. La seule conséquence de cette couche laborieuse a été la production d'une incontinence d'urine, suite d'un travail prolongé, complication dont M. Robinet a fait justice par l'administration de l'ergot de seigle.

Cette dame, parfaitement remise, jouit aujourd'hui d'une excellente santé.

J'ai depuis soigneusement mesuré le bassin de mon accouchée. L'index atteint très aisément le promontoire. Le diamètre sacro-pubien est réduit à 0,065.

Observation III. — *Rétrécissement à 0,065 du diamètre conjugué. — Céphalotripsie.*

Mme G..., âgée de 28 ans, femme de petite stature (taille 1m35) mais fortement constituée, a eu trois accouchements antérieurs très laborieux, un seul enfant, venu au monde il y a deux ans, a conservé la vie, dans des conditions tout exceptionnelles.

Feu le docteur Belin, qui présidait à cet accouchement, après avoir effectué sur le forceps de vigoureuses mais stériles tractions, avait laissé le forceps en place, pendant qu'il était allé en personne chercher son céphalotribe. Son absence dut se prolonger *six heures*. A son retour, il a trouvé la tête allongée entre les cuillers de l'agent de préhension. Grâce à une circonstance toute fortuite, mais non sans exemples, cet enfant, voué à la céphalotomie, a été sauvé.

A mon arrivée auprès de Mme G..., le 26 avril 1876, le travail comptait 24 heures d'invasion. Tête au-dessus du détroit supérieur. Je fais plusieurs tentatives au moyen du rétroceps, puis du forceps symétrique, avec association de l'appareil tracteur. Dans chacune d'elles, les cuillers dérapent, avec le déploiement d'une force de 30 kilogr. Jugeant le céphalotripsie nécessaire, j'appelle en aide le docteur Thierry-Mieg. La patiente, une fois anesthésiée, je mets en place le céphalotribe fenêtré, puis j'ai de nouveau recours à la traction mécanique, avec l'espoir d'obtenir de cet instrument un meilleur résultat. Le dérapement se produit encore une fois. Réapplication du céphalotribe. La vis une fois serrée, je perfore la voûte du crâne entre les cuillers, puis je procède au broiement de la base.

Ce résultat obtenu, la traction manuelle me permet d'extraire la tête.

Les suites de couches ont été assez pénibles. Le lendemain de sa délivrance, Mme G... a vu se développer une tympanite suffocante, qui a persisté quelques jours, et s'est jugée par l'évacuation d'une grande quantité de gaz. Il s'est également formé un phlegmon de la fosse iliaque

droite, dont j'ai pu obtenir la résolution en une quinzaine de jours.

Rétablissement complet de la mère.

Après la délivrance, le bassin avait été soigneusement mesuré par le docteur Thierry-Mieg et par moi. Nous avions constaté un rétrécissement à 0,065 du diamètre conjugué. J'avais, en conséquence, déclaré à Mme G... que, s'il arrivait une nouvelle grossesse, il serait indispensable de pratiquer l'accouchement avant terme. Le cas prévu est arrivé.

Le 14 juin 1878, au terme de sept mois, provocation du travail. Douches de Kivisch. Le 19, aucune douleur, dilatation artificielle du col au moyen d'éponges préparées. Présentation d'un genou. Extraction d'un enfant du poids de trois livres, qui a succombé au bout de 13 heures.

Mme G... jouit aujourd'hui d'une excellente santé.

J'ai dû, un trop grand nombre de fois, faire usage du céphalotribe. Quand la tête est solidement enclavée dans le détroit supérieur, on peut compter sur la fidélité d'action de cet instrument. Dans le cas contraire, quand surtout on fait usage des anciens modèles à cuillers étroites (0,03) et peu cintrées (écartement maximum des cuillers 0,015), l'organe, par l'effet de la striction, est chassé à l'instar du noyau de cerise pressé entre deux doigts. Pour éviter cet inconvénient, il faut avoir soin d'engager les cuillers le plus avant possible, au sein de l'utérus, et de faire fortement comprimer le fond de l'organe par les mains d'un aide, en même temps que l'on met en jeu la vis de striction. Si l'instrument vient quand même à déraper, il ne faut pas perdre courage. Dans un cas dont je lisais récemment la relation, M. Depaul n'a réussi qu'à la suite d'une troisième tentative. Dans un travail présenté à l'Académie de médecine de Bruxellles (séance du 26 juillet 1879) le professeur Wasseige, de Liége, dit n'avoir pu broyer qu'à une seconde reprise, chez deux malades, une tête saisie entre les mors de son *lamineur céphalique*. Il faut donc souvent de la tenacité pour arriver au succès. Je crois, cependant, que les échecs tiennent beaucoup à l'em-

ploi d'instruments défectueux. Avec le modèle que j'ai définitivement adopté (cuillers très longues, fenestrées, fortement cintrées et d'une largeur de 0,05), je crois que les insuccès doivent être rares.

En tous cas, on aurait tort de croire qu'un résultat incomplet constitue un véritable échec. Quand les cuillers reviennent à vide, la striction a presque sûrement eu pour effet d'opérer la dissociation des os de la base du crâne.

Quand l'accoucheur juge convenable de s'abstenir d'une nouvelle application du céphalotribe, deux ressources précieuses lui sont données. Réduite dans son volume, la tête peut être entraînée sans trop de difficulté, au moyen du rétroceps ou du forceps. Un second parti, dont la réussite est presque certaine, en raison de la fragmentation des os de la base du crâne, un second parti, dis-je, consiste dans la pratique de la version. Pour peu que l'angustie fournisse à la main un passage, l'espace est suffisant pour l'entraînement des organes fœtaux.

Les rétrécissements au-dessous de 0,065 sont extrêmement rares. Je n'en ai, pour mon compte, jamais rencontré. Dans sa longue carrière, M. Pajot dit n'en avoir observé que treize inférieurs à ce chiffre. C'est à ces angusties extrêmes qu'est applicable la méthode à laquelle ce professeur a donné le nom de *céphalotripsie répétée, sans tractions*.

Je n'ai sur son compte aucune expérience personnelle. Tout ce que je sais, c'est que sur sept cas parvenus à ma connaissance, dans lesquels cette méthode a été mise en usage, deux femmes seulement ont succombé. Ces résultats sont supérieurs à ceux que fournit la méthode ordinaire. Dans les rétrécissements au-dessous de 0,065, dit le Dr Williams Jones, huit fois, de 1837 à 1859, la céphalotripsie a été pratiquée à l'hôpital des cliniques de Paris. Trois femmes seulement ont survécu.

J'ajouterai que l'éminent professeur de Paris ne reconnaît pour limite de l'application de son procédé, que l'espace indispensable pour la pénétration des étroites cuillers du

céphalotribe ordinaire, cuillers, je l'ai dit, dont la largeur est réduite à 0,03.

Puisqu'il s'agit de la méthode de la *céphalotripsie sans tractions*, je ne saurais plus convenablement clore ce chapitre qu'en relatant un cas où son application a été suivie de succès. Ce fait, d'ailleurs très intéressant à divers titres, trouve utilement sa place dans un ouvrage consacré à la dystocie.

Observation. — *Travail prolongé chez une jeune femme surchargée d'embonpoint. — Enfant mort. — Impuissance du rétroceps et du forceps. — Perforation du crâne. — Céphalotripsie. — Version impraticable. — Temporisation. — Terminaison presque spontanée du travail.*

Le 3 janvier 1878, j'arrivais, à une heure de relevée, à St-Ouen, pour venir en aide au Dr Bruyer, tenu en échec depuis deux jours par un cas sérieux de dystocie. Il s'agissait d'une jeune primipare âgée de dix-huit ans, affectée d'un embonpoint presque monstrueux (on voit encore une fois combien les femmes grasses sont susceptibles de payer un large tribut à la dystocie !). L'enfant était privé de vie. Le rétroceps, puis le forceps symétrique furent successivement employés sans aucun résultat. Perforation du crâne ; céphalotripsie. Les tractions effectuées sur le céphalotribe n'aboutirent qu'au dérapement de l'instrument. Plusieurs tentatives de version demeurèrent sans effet. Dans une première, j'amenai au dehors une main. Un lacs fut posé sur le poignet. La main fut de nouveau introduite au sein de l'utérus. Je parvins à grande peine à entraîner les deux pieds dans la partie supérieure du vagin. Pelotonnement impossible. Je fis plonger la malade dans l'anesthésie, avec l'espoir qu'une résolution complète me permettrait d'effectuer la version. L'utérus était si exactement moulé sur le produit, que je ne pus abaisser suffisamment un pied pour l'apposition d'un second

lacs. Il eût été imprudent d'insister plus longtemps sur ces dangereuses manœuvres. A 4 heures 1/2 du soir, la malade fut mise dans un grand bain où elle fut laissée durant une heure. Remise au lit, je l'examinai avec l'espoir de trouver toutes choses dans des conditions plus favorables. Une pénible déception m'était réservée. Les pieds étaient remontés dans l'utérus. La main, fixée par le lacs, prolabait seule dans le vagin. Le col, refermé, interceptait l'accès de l'organe gestateur.

La malade, d'ailleurs, très reposée, était dans une situation des plus rassurantes. Ma conduite était toute tracée. Il n'y avait qu'à attendre le réveil des douleurs. Je repris, à 6 heures, le chemin de Paris, où m'appelaient d'autres soins, promettant au Dr Bruyer de me tenir prêt au premier appel, annonçant, en tous cas, mon retour pour le lendemain, vers les 4 heures du soir.

A ce moment, en effet, j'étais de retour à St-Ouen. Au moment de mon arrivée, mon confrère venait de pratiquer la délivrance. La nuit avait été excellente. A 1 heure du matin, à la suite d'un grand bain, les douleurs avaient spontanément fait retour. A quatre heures, le Dr Bruyer avait pu accrocher un orbite et extraire la tête. La délivrance avait ensuite été effectuée sans aucune difficulté.

L'examen du produit me permit de relever les particularités suivantes :

L'enfant était d'un développement peu ordinaire. Sans les langes, et sans tenir compte de la matière cérébrale évacuée en presque totalité, son poids s'élevait à 6 kilog. 150 gr. La base du crâne, par l'action du céphalotribe, était absolument dissociée. Grâce à cette condition, l'accouchement s'était effectué par le fait seul des contractions utérines.

Ainsi que l'établit cette observation, il est quelquefois d'une bonne pratique de sacrifier à la temporisation. Elle fait également ressortir les avantages que, en dehors des rétrécissements extrêmes, on peut retirer de la céphalotripsie sans tractions. Je crois toutefois que, dans l'espèce,

l'insuccès de mon opération a surtout tenu à l'emploi d'un instrument non approprié. Le céphalotribe dont j'ai fait usage est l'ancien modèle à cuillers étroites, non cintrées et presque rectilignes. Il y a lieu de croire que tout autre eût été le résultat, par l'emploi du forceps céphalotribe modifié, agent beaucoup plus fidèle de broiement et de préhension.

Nous avons vu, jusqu'ici, les rétrécissements inférieurs à 0,07 nécessiter l'emploi du céphalotribe ou, tout au moins, celui du perforateur. Diverses circonstances sont de nature à rendre les manœuvres de l'extraction à la fois plus simples et plus rapides. Comme conditions éminemment favorables il faut citer : *L'inclinaison de la tête sur son pariétal antérieur* au détroit supérieur, position qui assure une bonne prise aux cuillers du rétroceps ; le *faible volume* de cet organe ; la *ductilité de la boîte osseuse* ou *son faible degré d'ossification* qui en facilitent l'engagement, soit dans un état d'intégrité, soit par suite de la fragmentation de cette même boîte osseuse.

C'est parce que la plupart de ces conditions se sont trouvées réunies dans le cas qui va suivre, que j'ai été assez heureux d'effectuer la délivrance d'emblée et sans m'être vu contraint, au préalable, de faire usage du céphalotribe ni du perforateur. Voici la succincte relation de ce fait intéressant :

Observation IV. — *Rétrécissement à* 0,065 *du diamètre promonto-pubien. — Insuccès du forceps. — Extraction rapide au moyen du rétroceps associé au tracteur obstétrical.*

15 janvier 1881. Mme B..., petite et rachitique. Deux couches antérieures très laborieuses. Enfants mort-nés. M. le Dr Robinet, appelé en premier lieu, appliqua le forceps, qui revint à vide! Requis à mon tour, j'ai recours au rétroceps sur lequel j'effectue, sans résultat, de fortes tractions manuelles. Association du tracteur mécanique. L'enfant ayant succombé avant mon arrivée par le fait du

prolapsus du cordon, je n'hésite pas à déployer une forte traction, qui a dû s'élever à 70 kilogr., limite incompatible avec la conservation de la vie de l'enfant. Extraction rapide.

Ce fait même me fut expliqué par l'examen de la tête. Sous l'influence des fortes tractions, il s'était produit des fractures multiples de la voûte et de la base du crâne. — Rétablissement de la mère sans la moindre complication.

La déduction pratique à tirer de ce fait, avant d'en venir à la perforation du crâne ou à la céphalotripsie, il faut avoir recours, quand cela est possible, aux fortes tractions mécaniques qui, sans faire courir aucun risque à la mère, permettent quelquefois, sans coup férir, d'opérer l'extraction du produit, fatalement, d'ailleurs, condamné, quel que soit le mode opératoire employé.

### DYSTOCIE FŒTALE.

La dystocie trouve très fréquemment sa cause dans les conditions défavorables du fœtus. Ce dernier peut être, dans son ensemble, ou dans telle de ses parties, soit absolument, soit relativement trop développé, sans altération morbide. Certains organes peuvent être le siège d'un développement pathologique; signalons encore les présentations vicieuses de la tête, la procidence des membres, la position défavorable du tronc ; les grossesses multiples, extra-utérines, la brièveté du cordon funiculaire, etc.

Mon intention n'est pas de traiter avec détails un sujet qui comporterait de trop longs développements. Je me bornerai à entretenir mes lecteurs des cas que l'on a le plus souvent occasion de rencontrer dans la pratique, ou de ceux qui, bien que plus rares, ne doivent pas être ignorés d'un accoucheur.

Je me propose, pour l'instant, de m'occuper de la *dystocie céphalique*, c'est-à-dire occasionnée par l'arrêt de la *tête*, soit *première*, soit *dernière*, pour me servir de l'expression aussi heureuse que commode des Anglais. Je ferai

entrer dans cette catégorie la dystocie par brièveté du cordon, qui comporte une intervention directe sur la tête du fœtus.

## § I. — DYSTOCIE CÉPHALIQUE.

### 1° — Dystocie céphalique, tête première.

C'est dans de telles conditions que l'accoucheur est le plus fréquemment appelé à intervenir. Des causes diverses et très nombreuses peuvent donner lieu à l'arrêt du travail. Tantôt cet arrêt est dû uniquement au développement physiologique exagéré, soit absolument, soit relativement, de l'organe. D'autres fois, cet excès de volume tient à une cause pathologique. Dans un grand nombre de cas, la tête se présente dans une position défavorable.

Passons en revue ces conditions de dystocie et occupons-nous des moyens dont il nous est donné de disposer, pour arriver le plus sûrement, le plus facilement, le plus promptement à un bon résultat.

#### § 1. — *La position de la tête est inconnue.*

La première chose à faire, aussitôt qu'une application de forceps est décidée, est de reconnaître exactement la position de la tête. Au dire des auteurs, cette détermination serait presque toujours facile.

Tous tant que nous sommes, nous avons pu apprendre à nos dépens que, dans un grand nombre de cas au moins, il est loin d'en être ainsi.

Souvent il arrive que les sutures sont masquées par le développement d'une tumeur séro-sanguine.

Lorsque les organes sexuels sont arides et étroits, quand la tête est haut située, l'exploration digitale est pleine d'incertitudes. Rien de plus facile que de confondre les angles osseux, les sutures et les fontanelles.

Lorsqu'il est possible de percevoir les bruits fœtaux, ce renseignement fournit assurément une importante notion.

Mais, en outre que ce signe peut quelquefois manquer, il peut quelquefois même contribuer à induire l'accoucheur dans l'erreur. Combien de fois ne m'est-il pas arrivé, en raison de l'intensité des battements cardiaques, de croire à une occipito-antérieure, qui n'était autre qu'une occipito-postérieure, et réciproquement? Combien de fois aussi le stéthoscopisme ne fournit-il pas des données négatives et partant fallacieuses, alors pourtant que l'enfant est plein de vie?

Pour acquérir des notions exactes sur la position de la tête, l'emploi d'un des doigts est quelquefois insuffisant. Il est alors nécessaire d'introduire la main entière dans le vagin. C'est le seul moyen de donner au toucher toute la sensibilité, toute l'étendue de mouvement indispensables. Mais, je le répète, cette manière de faire n'est pas applicable dans tous les cas, par exemple chez les femmes dont les organes sont arides et insuffisamment perméables.

Cependant, il faut agir, quel que soit, du reste, le motif qui commande l'intervention. Quelle doit être, en pareil cas, la conduite de l'accoucheur ?

Si l'on juge convenable d'utiliser le forceps symétrique, il faut poser chaque cuiller dans l'une et l'autre aire latérale du bassin, en un mot, là où l'on peut, sauf à faire plus tard, s'il y a lieu, une application oblique et régulière de l'instrument.

Convient-il d'effectuer cette dernière? De quelle façon est-il préférable d'appliquer le forceps? Effectuera-t-on une application oblique gauche ou oblique droite?

Si l'on tient compte de ce fait que, 3 fois sur 4, environ, l'occiput est dirigé à gauche et en avant, on a 3 chances contre une de prendre le meilleur parti, en faisant une application oblique gauche du forceps.

En pareils cas, du reste, il est un parti beaucoup plus sage, que je conseillerai à tout praticien qui n'est pas passé maître dans l'art des accouchements.

Ce parti consiste à faire usage du rétroceps.

Cet instrument s'introduit, s'articule et se manœuvre très aisément. L'extraction de la tête ne comporte aucune

habileté spéciale. La principale indication, c'est de tirer, non dans le sens des axes (car avec le rétroceps, il n'y a nullement à se préoccuper de ce détail), mais dans celui où la prise est solide. La tête une fois abaissée, les sutures deviennent accessibles. C'est à l'accoucheur, alors, de voir s'il convient de continuer ses peu savantes, mais très sûres manœuvres, ou s'il y a lieu de les raisonner, de recourir, enfin, à un autre agent de préhension. Dans les cas, par exemple, où, sous l'influence des tractions, la tête n'effectue pas son mouvement de rotation intérieure, il est de rigueur, en vue d'éviter une rupture périnéale, d'opérer artificiellement la réduction occipito-pubienne.

### § 2. — *Positions diagonales de la tête.*

Trois modes d'extraction peuvent être utilisés dans ces cas particuliers. On peut recourir au *forceps symétrique* à tractions manuelles, au *forceps à tractions concentriques*, associé ou non à une machine, ou, enfin, au *rétroceps*. Je dois dire quelques mots sur l'emploi, dans l'espèce, de chacun de ces instruments.

1° *Forceps symétrique.* — La mise en œuvre du *forceps symétrique*, quel qu'en soit le modèle, est assez délicate, en pareils cas, car elle comporte un placement oblique des cuillers. Je ne reviendrai pas sur une manœuvre que j'ai précédemment décrite avec quelque soin. Je complèterai seulement les données qui y sont relatives, en rappelant un petit moyen aussi simple que sûr, qui permet de déterminer à l'avance, et sans hésitation, la position intra-pelvienne qu'il convient d'assigner à l'une et à l'autre cuiller.

Dans toute application oblique de forceps, il faut distinguer une cuiller antérieure et une cuiller postérieure. En principe (car cette règle peut subir quelques exceptions), c'est cette dernière qu'il convient de placer la première. Or, le cas échéant, quelle sera la branche postérieure, quelle sera la branche antérieure ?

Le professeur Pajot a indiqué le meilleur signe mnémonique pour éviter toute hésitation. « Commencez, dit-il, par déterminer exactement la situation de l'occipital. Placez, ensuite, devant vos yeux, votre forceps tout articulé, la partie antérieure du bec de ses cuillers dirigée dans le sens de l'occipital, le plan de l'instrument affectant une position oblique. C'est ainsi que l'agent de préhension doit être placé dans le bassin, sur la tête du fœtus. Vous savez, dès lors, quelle sera la branche postérieure, la première que vous allez avoir à appliquer. »

Supposons que l'occipital soit situé à gauche et en avant (OIGA). On voit de suite, par le petit moyen que je viens de rappeler, que ce sera la branche gauche qui devra être la branche postérieure première.

Cette branche est toujours facile à placer. Quant à l'antérieure, c'est autre chose. Il faut faire exécuter à la cuiller ce mouvement de spire, que j'ai décrit dans un autre chapitre, et qui ne peut être effectué sûrement et sans danger, qu'en prenant la précaution de guider localement l'instrument, au moyen de l'une des mains, introduite aussi avant qu'il est nécessaire, au sein des organes gestateurs.

Je n'insisterai pas davantage sur une manœuvre au sujet de laquelle je me suis efforcé déjà de fournir tous les renseignements nécessaires.

L'instrument une fois posé et articulé, il faut combiner un mouvement de rotation et d'abaissement, qui a pour effet d'amener l'occipital au point médian, où doit s'opérer son dégagement.

Sur un mannequin, une telle manœuvre est très facile. Sur le vivant, il cesse d'en être de même. Aussi, bien des accoucheurs novices sont-ils incapables de surmonter cette difficulté. Voilà de nombreuses catastrophes qui seraient aisément évitées, si chacun était édifié sur les précieuses qualités d'un instrument qui permet aux praticiens les plus modestes de se faire un jeu d'une difficulté qui, en somme, j'aime à le répéter, n'est que relative.

Voici deux exemples, pris au hasard, qui démontrent, d'une part, à la fois les difficultés de l'emploi du forceps, dans les cas qui nous occupent, et rendent palpables les dangers pouvant résulter de manœuvres maladroites; d'une autre part, ils témoignent de l'extrême facilité de l'emploi du rétroceps, et des inappréciables avantages qui s'y rattachent.

Obs. I. — Le 9 avril 1864, on vint réclamer mon assistance pour une pauvre femme qui avait été abandonnée par feu le docteur M., après de nombreuses tentatives effectuées au moyen du forceps. Je trouvai la tête au sein de l'excavation, et dans une position diagonale qui me donna aussitôt la clef de l'insuccès de mon confrère. La turgescence de la vulve décelait assez la violence des manœuvres effectuées avant mon arrivée.

Une application du rétroceps me permit, à l'aide de quelques doigts, d'extraire, avec une facilité sans égale, un enfant privé de vie.

Les conséquences des tentatives maladroites du malencontreux accoucheur ont été déplorables. Une partie de la vulve est tombée en gangrène, et il s'est établi une fistule vésico-vaginale.....

Obs. II. — L'autre fait, grâce au ciel, est moins malheureux, mais il a eu cela de particulier, que c'est moi-même qui en ai été, je puis le dire, le triste héros.

Le 28 avril 1866, saisi au passage, à trois lieues de mon domicile, par l'émissaire de feu le docteur D., pour l'assister dans un cas de même nature, je crus que je serais plus habile que lui, dans le maniement de son forceps, dont il n'avait pu parvenir à marier les branches. J'y mis tout mon savoir, tout mon amour-propre. A mon grand désappointement, je dus reconnaître que je n'étais pas plus habile que celui qui m'avait appelé à son aide. Je pris le parti d'envoyer chercher mon rétroceps. Après deux mortelles heures d'attente, je me vis enfin en possession de mon fidèle instrument. L'articulation, comme toujours,

se fit avec une merveilleuse facilité. Avec une seule main, il me suffit de quelques minutes pour terminer l'accouchement, et amener au monde un enfant vivant.

2° *Traction concentrique.* — Le même effet que l'on obtient artificiellement au moyen du forceps symétrique, à l'aide de la traction manuelle, s'obtient beaucoup plus aisément, lorsque l'on a recours à la *traction concentrique.* Qu'elle soit digitale, manuelle ou mécanique, cette dernière a pour effet d'entraîner *ipso facto,* la rotation intérieure de la tête qui, pour peu qu'elle jouisse d'une certaine liberté dans son évolution, tend naturellement à chercher sa voie, en adaptant à la filière utéro-pelvienne ses diamètres les plus favorables.

Est-il nécessaire de le faire observer? Pour qu'elle puisse exécuter ce mouvement rotatif, il faut qu'il n'existe pas de disproportion entre les organes. Quand, en effet, la tête se trouve trop à l'étroit, elle est entraînée telle qu'elle a été saisie.

Effectuée, soit avec le forceps classique, soit avec un forceps à branches parallèles, la traction concentrique, simplifie singulièrement ce temps de l'extraction, par cette simple raison que l'accoucheur n'a nullement à se préoccuper du sens à imprimer à l'agent de préhension.

Assurément, ce mode constitue un grand progrès sur la méthode consacrée par l'usage. Au point de vue de la simplicité et de la facilité des manœuvres, toutefois, toutes deux, dans certains cas, laissent encore grandement à désirer. L'une et l'autre comportent l'emploi d'agents de préhension symétriques. Or, pour mettre ces instruments en usage, deux conditions s'imposent. Il faut, en premier lieu, que la perméabilité des organes soit suffisante pour permettre le placement des cuillers. En second lieu, il est de rigueur que ces dernières soient appliquées dans une position rigoureusement symétrique. C'est à la non-réalisation de ces mêmes conditions que sont dus trop d'insuccès, voire même de déplorables malheurs, qui pourraient être surement évités en ayant recours au troisième mode d'extraction, dont il me reste à parler.

3° *Rétroceps.* — Cet instrument réussit, j'ose le dire, merveilleusement dans les conditions qui nous occupent. Il agit à la fois en tant qu'agent de réduction et de traction.

La réduction de la tête, c'est-à-dire la rotation intérieure, peut s'effectuer de deux façons.

L'organe se trouve-t-il à l'étroit ? Sous l'influence de la traction, il accomplit sa révolution intra-pelvienne en entraînant l'instrument, qui fait, en quelque sorte, corps avec lui.

En pareils cas, l'accoucheur qui surveille les effets de la traction, n'a qu'à obéir à l'impulsion, en s'efforçant d'agir dans un même sens.

La tête, au contraire, se trouve-t-elle suffisamment au large ? Elle effectue, en avant des cuillers, dont la position en arrière ne varie guère, un mouvement rotatoire assez étendu qu'il m'a été souvent donné de constater *de visu*, alors que le permettait la dilatation de l'anneau vulvaire.

Sans parler de la facilité sans égale de l'introduction de ses cuillers, de l'articulation de ses deux leviers, laquelle, avec mon dernier modèle, se fait en un seul temps, *en une seconde*, dans ces cas particuliers, le rétroceps est susceptible de rendre d'incalculables services et de sauver un grand nombre d'existences. Son plus grand titre de recommandation, c'est de n'exiger, de la part de celui qui l'emploie, ni une grande adresse, ni des connaissances spéciales bien étendues. Ces assertions me semblent suffisamment motivées par les deux faits succinctement relatés plus haut. Je passe donc à un autre objet.

### § 3. — *Présentation du pariétal.*

Deux cas peuvent se produire. Tantôt c'est le pariétal postérieur qui se présente, tantôt c'est l'antérieur.

Les dernières conditions sont les plus fréquentes. Ce sont elles, aussi, qui sont les plus favorables.

Ce mode d'engagement, qui s'observe surtout dans les

cas d'angustie pelvienne, trouve son explication dans un principe de mécanique obstétricale, sur lequel j'ai plusieurs fois insisté dans le cours de cet ouvrage.

Dans ces cas encore, le rétroceps rend de signalés services : Saisissant, à pleines cuillers, l'organe selon sa partie postéro-supérieure, il fait regagner à cette dernière l'avance prise sur elle par la partie opposée. Cette manœuvre est aussi facile et rapide — à moins, bien entendu, d'une disproportion trop marquée — qu'elle peut devenir laborieuse et dangereuse, lorsqu'elle est effectuée à l'aide du forceps croisé.

La présentation du pariétal postérieur constitue une condition beaucoup plus désavantageuse. J'en ai triomphé plus d'une fois au moyen du rétroceps ; mais cela n'a pas été toujours sans un grand détriment pour mon système musculaire. Il faut, souvent, en pareils cas, tirer dur et longtemps !

Pour l'édification de mes lecteurs, je crois devoir leur soumettre l'observation suivante, qui constitue un utile enseignement. On va voir que la conduite suivie par moi, en cette circonstance, ne doit pas être imitée.

Obs. — *Présentation du pariétal postérieur (gauche).— Manœuvres de l'extraction laborieuses. — Une position peu classique de l'accoucheur. — Paralysie faciale de courte durée.*

Le 14 septembre 1866, je fus appelé auprès d'une primipare de 33 ans, en mal d'enfant depuis 48 heures. Absence de douleurs depuis 8 ou 10 heures. J'arrivai à grande peine à rencontrer une suture en arrière et à gauche. Accoutumé à de faciles succès, grâce aux précieuses qualités de réduction de mon fidèle instrument, je ne me préoccupai pas davantage du diagnostic de la présentation, laquelle ne fut par moi précisée qu'*a posteriori*.

J'appliquai donc le rétroceps sans la moindre difficulté, bien que la malade n'eût subi aucun changement de position. Mes efforts demeurant infructueux, pour déployer plus de

force, je m'assis sur le bord droit du lit, croisant ma jambe droite sur la jambe homonyme de la patiente. Pour me donner un solide point d'appui, j'arcboutai mon pied gauche, à la hauteur du lit de misère, contre les mains d'un aide vigoureux. Dans cette attitude, peu classique, il est vrai, mais dont j'ai pu plus d'une fois apprécier les avantages dans des circonstances telles, que l'on se préoccupe beaucoup plus du fond que de la forme, dans cette attitude, dis-je, je développai de puissants efforts qui me permirent bientôt, non sans me faire répandre beaucoup de sueur, d'amener la tête jusque sur le périnée. Cet abaissement obtenu, l'opération cessant de devenir une question de force, je descendis à terre et effectuai, selon le mode ordinaire, l'extraction de la tête.

L'enfant vint au monde dans un état alarmant d'asphyxie, occasionnée par un enroulement funiculaire. A son retour à la vie, un fait me frappa vivement. L'œil gauche restait ouvert. Il s'était produit une paralysie traumatique du facial correspondant.

Cette circonstance me porta à examiner la région où émerge le nerf. Je relevai, en arrière de l'angle maxillaire, une empreinte laissée par la cuiller gauche. La cuiller droite avait laissé, au-dessus de l'arcade sourcilière gauche, une impression peu profonde.

Cette paralysie s'est dissipée au bout de quelques jours.

Je n'ai pas revu cet enfant, mais le père m'a dit, un an après, environ, que deux légères cicatrices étaient restées, comme conséquences de ces violentes et, déclarons-le sans fausse honte, peu méthodiques tractions.

Je suis heureux de déclarer que ces stigmates sont les seuls qui me restent sur la conscience. Ils doivent, du reste, être surtout attribués au modèle défectueux dont, à cette époque déjà reculée, je faisais usage.

Quoi qu'il en soit, je dois le dire en terminant, la conduite que j'ai tenue ne doit pas être imitée dans ces cas particuliers. Quand on peut arriver à poser nettement le diagnostic, il faut recourir d'emblée à la spatule belge, ou levier antérieur. La réduction faite, cet instrument,

à son tour, doit céder le pas au rétroceps, pour la prompte et facile terminaison du travail.

§ 4. — *Positions occipito-postérieures.*

Chacun sait que les positions occipito-postérieures sont *normales*, ou *anormales*, selon que l'occipital a tendance à se dégager en avant du sacrum, ou en arrière du pubis. La difficulté, c'est de prévoir la direction que doit prendre la tête. Comme, 95 fois sur 100, c'est le dégagement occipito-pubien qui se produit, c'est la manœuvre qui doit l'obtenir qu'en principe nous conseillent nos maîtres les plus éminents. A cet effet, il convient d'effectuer une double application oblique du forceps.

Cependant, on peut tomber sur un cas exceptionnel. En conséquence, il faut se garder de déployer une trop grande force pour obtenir un mouvement contraire à celui vers lequel tend la nature. En pareil cas, si l'on éprouve de la résistance, il faut diriger ses efforts en sens inverse. Si l'on a eu une bonne inspiration, cette dernière manœuvre ne tarde pas à être couronnée de succès.

Malheureusement, ainsi que je le disais à l'instant, l'accoucheur ne possède aucun *criterium* qui lui permette de prévoir le sens de la rotation naturelle de la tête. Jusqu'au dernier stade du travail, il en est réduit à la question des probabilités. Exemple, le fait de Cazeaux, d'une occipito-postérieure qui ne se réduisit en occipito-pubienne qu'au moment même du dégagement. Exemple, plus remarquable encore, cet autre fait de Dubois, que je dois me borner à rappeler dans son essence.

Dans un cas de *tête derrière*, l'occiput était placé dans un côté du bassin. Quoi qu'ait pu faire cet illustre maître pour le ramener en avant, l'occipital tourna en arrière. Or, sous l'influence des tractions dirigées en vue d'extraire la tête telle quelle, l'occiput vint, quand même, se dégager sous le pubis.

Donc, en dirigeant ses efforts dans tel ou tel sens, l'accoucheur ne peut agir qu'en vue d'une simple probabilité.

Il faut encore ajouter à cette première difficulté, celle qui résulte d'une double application oblique de forceps. On peut ainsi se faire une idée des dangers, de la délicate application, des incertitudes d'une telle méthode.

Eh! bien, ces difficultés, encore une fois et toujours, ne sont que relatives. Deux méthodes permettent de les réduire de la façon la plus sensible. J'ai nommé la *traction concentrique* et la *rétrocepsie*.

Que se passe-t-il, en effet, lorsque l'on met en œuvre l'un ou l'autre de ces modes d'extraction? Exactement les mêmes phénomènes que ceux qui se produisent dans les positions diagonales simples de la tête, dont j'ai déjà parlé.

Fait-on usage de la traction concentrique? La tête et l'instrument font corps ensemble. Sollicité selon son centre de gravité, l'organe, libre de chercher l'issue la plus favorable, accommode de lui-même ses dimensions avec celles de la filière qui lui conviennent davantage.

Si la disposition du tronc comporte un dégagement occipito-sacré, la réduction s'opère presque sur place. Si elle entraîne une réduction occipito-pubienne, l'instrument, dans son ensemble, exécute un mouvement rotatoire de plus d'un quart de cercle. Ainsi se trouve singulièrement simplifiée la tâche de l'accoucheur, dont le seul souci (*hoc opus !*) est de bien poser le forceps; car, pour le dernier temps de la manœuvre, son rôle se réduit à tirer avec la main les cordons attractifs, ou à faire agir sur eux la machine.

Cette opération comporte donc une bien moindre somme de difficultés et de dangers que la méthode consacrée par l'usage. Mais elle est loin encore d'être d'une facilité élémentaire, si l'on tient, ainsi qu'il est de règle, à faire une application oblique du forceps.

Le dernier mode, dont il me reste à entretenir le lecteur, est d'une exécution beaucoup plus facile. Ses effets sont non moins satisfaisants. C'est donc celui que je recommande à tous les praticiens, dont les connaissances et l'habileté spéciales peuvent laisser à désirer.

En ayant recours au rétroceps, on n'a nul souci à prendre

de la direction à imprimer à la tête. Sous l'influence des tractions, dirigées dans le sens de la résistance, la tête trouve encore une fois d'elle-même l'issue la plus favorable. Bien souvent il m'est arrivé à moi-même de sentir ma main entraînée, et de voir mon instrument exécuter, dans son ensemble, un mouvement rotatoire assez étendu, auquel j'étais loin de m'attendre. Vérification faite, j'avais eu affaire à une occipito-postérieure méconnue, à mon insu réduite en occipito-pubienne. En pareil cas, il n'y a qu'à rendre la main. Au dernier temps du travail, si l'instrument semble défectueusement placé, il y a lieu de lui donner une position plus favorable.

Je dois faire remarquer, à cette occasion, que, dans les cas de dégagement occipito-sacré, le rétroceps réalise un grand avantage. Il expose moins aux déchirures du périnée que le forceps symétrique. La raison en est simple.

Ce dernier instrument extrait la tête telle qu'elle se présente, en distendant encore davantage les côtés de la vulve, par l'écartement même de l'ovale de ses cuillers.

Le rétroceps, au contraire, en outre qu'il est d'un maniement beaucoup plus facile, appliquant les siennes sur l'occipital, tend à porter à son summum la flexion de la tête, et à la faire se dégager par son sommet. Ce n'est pas tout : la disposition de l'instrument permet de repousser la tête vers le pubis, pour sauvegarder encore, autant que possible, le périnée.

Je n'insisterai pas davantage sur cet objet, me contentant de renvoyer au chapitre que je lui ai consacré dans mon *Traité du rétroceps*. On y trouvera diverses observations qu'ont bien voulu me communiquer les docteurs Phélippeaux (de St-Savinien), Duval (de Gournay), Lemariey (de Pont-Audemer), Duplessis (professeur d'accouchements à Rochefort), Pros (professeur d'accouchements à la Maternité de La Rochelle), etc.

Je me bornerai à reproduire les dernières paroles, par lesquelles ce dernier termine une observation que je lui ai empruntée ([1]).

([1]) Loc. cit. p. 106-107.

«Et, sans vouloir rien dire de plus qui ne soit connu, sur la sûreté d'action du rétroceps, je ne puis me dispenser de signaler, dans la présente observation, qu'à ma grande surprise, l'occiput était venu se dégager, avec une facilité merveilleuse, sous les pubis, après avoir accompli, en quelques minutes, et je puis dire spontanément, un vaste mouvement de rotation entre les cuillers du rétroceps.»

### § 5. — *Présentations de la face et de l'oreille.*

La présentation de la face ne saurait être tenue comme une condition fatale de dystocie. Le plus ordinairement, au contraire, la solution des accouchements de cette nature est toute physiologique. Il est donc bien entendu que ce que j'ai à dire, sur cet objet, n'a trait qu'aux cas dans lesquels l'intervention effective de l'accoucheur est impérieusement réclamée. Lorsqu'il en est ainsi, je ne crains pas d'affirmer que l'homme de l'art peut alors se trouver en présence des difficultés les plus sérieuses, lorsqu'il n'a à sa disposition que le forceps traditionnel. J'ai vu des praticiens recommandables et jouissant d'une légitime réputation, incapables d'appliquer cet instrument dans les conditions qui nous occupent.

Je me rappellerai toujours un cas de cette nature, où j'ai vu échouer, de la façon la plus complète, un accoucheur ayant acquis la notoriété la plus justifiée.

Il essaya, d'abord, d'appliquer le forceps, que, plusieurs fois, je l'avais vu mettre en œuvre avec une remarquable dextérité. Dans le cas en question, malgré tous ses efforts, il ne put arriver à poser sa seconde branche. Il essaya alors de pratiquer la version. Mais la tête était trop engagée et il dut renoncer à l'exécution de cette manœuvre, que j'essayai à mon tour, sans plus de succès. Il se décida enfin à pratiquer la craniotomie, et à faire usage du crochet aigu. Ces laborieuses manœuvres l'épuisèrent à ce point, qu'il dut me confier le reste de l'opération, que je ne mis pas moins d'une heure et demie à effectuer. A quatre jours

de là, je boitais encore très bas, tant ces longs et pénibles efforts m'avaient fortement courbaturé.

Cet exemple en dit plus que bien des paroles.

Les positions dont il s'agit constituent donc un des cas les plus épineux de dystocie que l'on puisse rencontrer, lorsque l'on ne peut faire usage que du forceps symétrique. Dans la plupart des cas, cet instrument ne constitue qu'une arme vaine entre les mains de l'accoucheur. Si, alors, la nature ne se met de la partie, en accomplissant son œuvre de salut, les jours de l'enfant, tout au moins, sans parler de la vie de la mère, courent les plus grands dangers, soit qu'il succombe dans le sein maternel, par suite de la longueur démesurée du travail, soit que l'agent de délivrance devienne par lui-même un instrument de mort, soit enfin que, de parti pris, l'accoucheur soit réduit, *in extremis*, à faire usage du crochet aigu.

Un fait récent, qui m'a péniblement impressionné, montre assez que les meilleurs esprits ne sont pas toujours disposés à mettre à profit les avantages puisés à la source du progrès. Ce fait, emprunté à la pratique du Dr Charles, a été publié dans le n° du 30 août 1880 du *Journal d'accouchements*, publié par ce savant accoucheur. En voici la substance.

Obs. — Tertipare âgée de 42 ans, petite, grasse, mais non rachitique. Deux enfants vivants. Tête au détroit supérieur en M I D P. Après plusieurs applications infructueuses de forceps, le médecin qui présidait à cet accouchement fit appeler le Dr Charles. N'espérant pas un meilleur succès de tentatives analogues, ce dernier crut convenable de recourir d'emblée à la version. *Le coude dut pénétrer dans la vulve.* Les deux pieds furent à la fois saisis, mais le détroit supérieur restant obstrué, un pied dut être abandonné pour diminuer le volume de la main. L'extraction ne fut pratiquée qu'avec de grandes difficultés. « L'enfant, qui avait sans doute trop souffert de l'application du forceps — sa figure présentait quelques ecchymoses et écorchures, provenant des applications infructueuses de

cet instrument — a succombé au bout de sept heures. » La mère s'est heureusement rétablie.

Pour ce qui me concerne, je crois que la mort de l'enfant doit plutôt être attribuée aux laborieuses manœuvres de la version qu'à l'action vulnérante du forceps.

Il est regrettable que le rétroceps n'ait pas été utilisé. Dans mon opinion, l'emploi de cet instrument eût singulièrement simplifié la manœuvre et eût permis, presque sûrement, de conserver les jours de l'enfant.

Des faits nombreux en témoignent. Grâce à l'emploi du rétroceps, il n'est pas de position de la tête dans laquelle l'accouchement soit plus facile. En pareils cas, 19 fois sur 20, l'extraction peut être obtenue en quelques minutes, souvent en opérant les tractions à l'aide de quelques doigts.

Comment agit le rétroceps ? En réduisant la tête en avant de ses cuillers, puis en l'entraînant. En de telles conditions, de deux choses l'une :

La tête est-elle très haut située, et réductible ? Alors, sous l'influence de légers efforts, on voit la présentation de la face se convertir en celle du sommet.

L'organe est-il engagé plus avant, se trouve-t-il plus à l'étroit ? Il subit un autre genre de réduction. Il exécute, en avant des cuillers, qu'il entraîne souvent sur lui, un mouvement de rotation intérieure, qui amène le menton sous le pubis, où s'opère son dégagement.

Je le répète : pour que le bassin soit bien conformé (on verra bientôt la raison qui me fait poser une telle restriction), les cas dont il s'agit sont ceux qui présentent peut-être le moins de difficultés, lorsque l'on fait usage du rétroceps. Cet instrument ne fût-il apte qu'à être utilisé dans ces conjonctures, que sa place serait déjà légitimement marquée dans la trousse de tous les accoucheurs.

Je n'insisterai pas plus longuement sur des considérations théoriques que j'ai développées avec détails, dans mon *Traité du rétroceps* (p. 229 et seq.). On trouvera, dans cet ouvrage, relatées *vingt observations de présentation de la face, deux de l'oreille,* — mode de présentation

que j'ai cru bon de rapprocher de la précédente — dans lesquelles l'extraction de la tête a été des plus faciles, sauf un cas où la difficulté a tenu à un excès de volume du produit. Ce dernier a été extrait privé de vie, mais la mère a été sauvée (Dr Lambert, de Goetzenbruck). Sur ces 22 cas, quatre seulement me sont propres. (J'en ai, depuis, recueilli un cinquième, dont j'aurai bientôt à parler). Les autres sont dus à divers confrères, qui ont bien voulu me les communiquer. Un 23e fait a été mentionné dans le n° du 4 février 1875, de la *Revue de thérapeutique médico-chirurgicale*, par le professeur Navasques, de Lucques (Toscane), qui se montre grand partisan de mon instrument. Un 24e fait, enfin, a été relaté par le Dr Lory, dans le n° du 31 octobre 1875 de cette même *Revue*.

Voici donc un effectif de 24 cas (je laisse de côté le dernier qui m'est propre) de présentation de la face ou de l'oreille, dans lesquels le rétroceps a été employé soit d'emblée, soit après l'échec du forceps croisé. Aucune des mères n'a succombé. Du côté de l'enfant, quatre cas de mort seulement sont à regretter. Or, en analysant ces faits, on trouve que, dans l'observation qui, dans mon livre, porte le n° IV, ce malheur eût pu être évité par le bénéfice d'une application plus opportune du rétroceps; dans les observations XII, XV et XVII, il était inévitable.

Pour la facilité de mon exposé, j'ai cru bon, jusqu'ici, de me borner à une simple mention du cinquième cas qui m'est personnel. Il m'a semblé utile, en effet, d'en rejeter à la fin du chapitre la relation qui, on va pouvoir s'en convaincre, est particulièrement instructive. Comme il s'agit d'un double revers, il eût peut-être été adroit, pour le bénéfice de ma cause, de laisser dans l'ombre ce fait malheureux. Mais ce n'est pas ainsi que doit procéder quiconque tient à honneur de travailler à l'élucidation d'une question scientifique. On va, du reste, pouvoir se convaincre que cette catastrophe ne saurait en rien troubler la tranquillité de ma conscience. Il est, en effet, de

ces difficultés contre lesquelles ne saurait prévaloir l'habileté la plus consommée.

Dans le cas en question, d'ailleurs, nous étions trois confrères pour partager la responsabilité de nos actes. Le malheur, enfin, qui est venu nous éprouver a eu un mobile bien propre à nous innocenter, s'il se trouvait, dans notre docte corporation, un seul membre se croyant autorisé à nous jeter la pierre. Nous n'avons pu nous résigner à temps à sacrifier un enfant plein de vie...

Après ce préambule, qui m'a paru nécessaire, j'arrive à l'exposé sommaire de ce fait regrettable, laissant à chacun le soin de tirer les déductions pratiques qui en découlent. Pour plus détails, on pourra se reporter au n° du 15 août 1879 de la *Revue de thérap. méd. chir.*, où cette observation si intéressante est relatée dans tous ses détails.

OBSERVATION.—*Présentation de la face dans l'excavation. — Stériles tentatives de réduction et d'extraction, au moyen du rétroceps. — Version des plus laborieuses. —Rétrécissement à 0,085 du détroit supérieur, constaté* POST PARTUM. — *Double catastrophe.*

Mme X , primipare, de forte stature et d'une conformation d'apparence irréprochable, était âgée de 40 ans. Rien n'eût permis de faire soupçonner chez elle une angustie pelvienne, dont l'influence devait lui être si fatale.

Le 6 mars 1877, au moment de mon arrivée, à trois heures du matin, dilatation cervicale de 0,01. A neuf heures, cette dilatation atteint 0,03. A ce moment, je constate une présentation de la face en M I D P.

A 1 heure de relevée, la perméabilité du col me semble suffisante. J'effectue une application de rétroceps, avec l'espoir d'un succès légitime. Les tractions sont impuissantes à obtenir la réduction.

Frappé d'un fait aussi insolite, je m'empresse d'appeler en aide le Dr Thierry-Mieg, qui renouvelle ma tentative sans plus de succès.

La famille, justement alarmée, nous adjoint un troisième confrère et nous discutons ensemble sur le meilleur parti à adopter.

A quelle cause attribuer cet enclavement irréductible de la tête ? L'évènement seul, bientôt, devait se charger de nous l'apprendre !

L'enfant était plein de vie, et nous devions tout faire pour la lui conserver. Sans cette considération, notre voie se fût trouvée toute tracée, et notre tâche singulièrement simplifiée. Malheureusement, pour la mère, nous sacrifiâmes trop à la voix de la conscience. De là un parti qui devait aboutir à une double catastrophe : la version, d'un commun accord, fut décidée.

La patiente, placée dans la position obstétricale, une fois anesthésiée, je m'efforçai de faire pénétrer, au sein de l'utérus, la main gauche, qui répondait au plan antérieur de l'enfant.

Impossible de lui faire franchir le détroit supérieur. Substitution de la main droite, en raison de sa plus grande force. Cette pénétration exigea des efforts musculaires considérables. Un pied fut ramené à la vulve, non sans la plus grande peine. Pelotonnement monopodique impossible. Lacs sur la région malléolaire. Me sentant à bout de forces, le Dr Thierry-Mieg est prié de continuer la manœuvre. Après les efforts les plus pénibles, cet honorable confrère parvient à entraîner un second membre. C'était un avant-bras ! Apposition sur le poignet, d'un second lacs.

Reprenant ma tentative, après quelques instants de repos, j'arrive à grande peine, par la même voie, à saisir, puis à entraîner le second pied.

Manœuvre du pelotonnement des plus laborieuses. Extraction du tronc. Pour dégager l'un et l'autre bras, il me fallut, à deux reprises, pénétrer dans les organes générateurs. Je dus, enfin, sérieusement compter avec la tête derrière, qui ne fut entraînée qu'au moyen de la rétrocépie manuelle, associée avec de fortes tractions, effectuées, par le Dr Thierry-Mieg, sur les chefs d'une serviette jetée sur la région cervicale de l'enfant.

Somme toute, pour opérer cette extraction, il fallut pénétrer sept fois de force au sein des organes !

Cette opération est une des plus laborieuses que j'aie effectuées de ma vie.

Je n'ai pas besoin de le faire observer : l'enfant avait perdu la vie, au cours de ces manœuvres. Quant à la mère, nous devions bien nous y attendre, elle mourut, au bout de quatre jours, d'une péritonite.....

La cause de la dystocie ne nous fut révélée qu'au moment de l'extraction du délivre. En la pratiquant, le Dr Thierry fut frappé de la difficulté de la pénétration de la main. Il reconnut un rétrécissement du diamètre sacro-pubien qui, bientôt, soigneusement mesuré, fut trouvé réduit à 0,085.

On comprend que, dans de telles conditions d'angustie, la tête avait bien pu, par le fait de violentes contractions utérines, trouver elle-même sa voie, au travers de l'étroite filière et descendre dans l'excavation. Autre chose était de faire artificiellement remonter la base du crâne, pour effectuer la réduction verticale de l'organe. Quant au mouvement de rotation intérieure, qui eût eu pour effet d'amener le menton sous le pubis, il était rendu non moins impossible, par le défaut relatif d'amplitude du bassin.

Un tel cas ne pouvait se dénouer, le moins malheureusement possible, que d'une seule façon. Par le sacrifice préalable de l'enfant, sacrifice qui eût permis de conserver les jours de la mère.

Si pareil cas se présentait à mon observation, ma conduite serait désormais toute différente de celle qui a été par nous tenue, dans le fait malheureux que je viens de rapporter.

Je tenterais tout d'abord une application de rétroceps. L'impuissance de cet instrument bien démontrée, j'aurais recours à la version. Si, pour la pratiquer, je me voyais menacé de déployer une somme de force incompatible avec la prudence, au lieu de m'obstiner, ainsi que nous l'avons fait, dans l'exécution de manœuvres si préjudiciables à la mère, je me résignerais à recourir à l'embryotomie.

On ne saurait trop insister sur les dangers auxquels expose une version laborieuse. Les recueils périodiques fourmillent de cas dans lesquels la mort de la mère a été le triste fruit de brutales manœuvres. Et encore, combien de catastrophes ne sont-elles pas tenues dans l'ombre ?

Comme ces tentatives pénibles aboutissent presque fatalement à la mort de l'enfant, à quoi bon faire courir tant de risques à la mère, pour le stérile avantage de ne pas extraire un produit artificiellement mutilé ?

## § 6. — *Hydrocéphalie.*

L'hydrocéphalie du fœtus s'observe rarement. Mme Lachapelle n'en a relevé que 15 cas sur 43,545 accouchements. Je n'en ai moi-même rencontré que deux cas dans le cours de ma carrière. Dans un de ces cas, la *tête* était *première;* dans l'autre, elle était *dernière.* Je me propose, dans ce chapitre, à propos de ces deux faits, d'exposer quelques considérations pratiques sur ces conditions parfois si épineuses de dystocie.

Le présent chapitre sera consacré à l'hydrocéphalie *tête première.* En vue de compléter l'étude de cette intéressante question, je traiterai, bientôt, et en son lieu, dans un paragraphe spécial, de l'hydrocéphalie *tête dernière.*

### *Hydrocéphalie, tête première.*

Quoi qu'en disent les auteurs, le diagnostic digital de l'hydrocéphalie est quelquefois difficile à établir. On nous enseigne que, dans ces conditions, le volume de la tête est excessif; que les sutures et les fontanelles sont très étendues; que les pièces osseuses sont minces et fléchissent sous le doigt, donnant lieu à une sensation analogue à celle que fournit une mince feuille de carton froissée.

Ces descriptions ne laissent rien à désirer... dans les livres. La vérité est que ces signes sont tellement incertains, que les praticiens les plus habiles peuvent se laisser surprendre.

Assez souvent il arrive, en effet, que, dans ces conditions pathologiques, les os du crâne acquièrent un grand développement, tant en épaisseur qu'en longueur. Cet excès de nutrition, entraînant un épaississement, une ossification plus avancée, une étendue plus grande des pièces osseuses, cet excès de nutrition, dis-je, fait, par là même, disparaître les signes réputés pathognomoniques de cette affection.

L'erreur, du reste, est d'autant plus facile à commettre et à excuser, que cette même affection est moins fréquente, et qu'un tel soupçon se présente plus difficilement à l'esprit de l'accoucheur.

Il est un indice qui, dans ces cas particuliers, peut parfois (je ne dis pas toujours) être utilisé avec avantage.

Lorsque, chez une multipare qui a eu des couches antérieures faciles, le travail languit, et que la tête ne franchit pas le détroit supérieur, on peut soupçonner une hydrocéphalie. Pour s'en assurer, il faut administrer le chloroforme, et plonger la main entière dans les organes génitaux, ce qui, en pareils cas, est assez facile. L'excès de volume de la tête devient de la sorte, facile à constater. Mais, je le répète, lorsque l'épanchement interne est considérable, lorsque les os sont consistants et développés, la boîte osseuse est presque complète et l'accoucheur ne peut plus faire fond que sur un seul caractère : le volume exagéré de l'organe.

L'arrêt du travail provient, soit du degré prononcé d'ossification, soit, ce qui me paraît le cas le plus ordinaire, de l'abondance de l'épanchement. Lorsque ce dernier n'est pas trop considérable, les os sont généralement assez souples pour se mouler sur les organes maternels. Dans ces conditions, l'engagement soit naturel, soit artificiel de la tête peut se faire sans de trop grandes difficultés.

Une des conséquences les plus graves de cette affection, c'est la rupture de l'utérus. Simpson en a, coup sur coup, rencontré deux cas, qui ont donné lieu à cet accident redoutable. Le docteur Thomas Keith a rassemblé 74 cas d'hydrocéphalie. Sur ces 74 cas, l'utérus s'est rompu 16

fois pendant l'accouchement, soit une fois, à peu près, sur 4 1/2.

Au moment même où j'écris ces lignes, je prends connaissance, dans le numéro du 15 juin 1880, du *Journal d'accouchements* de Liége, d'un fait de ce genre dont je ne saurais m'abstenir de faire mention, tant il renferme, pour mes lecteurs, d'utiles enseignements pratiques.

Obs. — Il s'agit d'une sexipare bien conformée.

Les eaux s'étaient écoulées dans la nuit du lundi au mardi. Le travail ne marchant pas, la sage-femme, qui le présidait, fit venir un médecin le mercredi, à midi. Ce dernier ayant introduit la main, sans doute pour aller à la recherche d'un pied, *saisit un bras, qu'il arracha;* puis il fut à la recherche de l'une et de l'autre jambe, sur lesquelles *il tira de toutes ses forces*, au moyen de lacs *et les arracha toutes les deux*. Après ce triple exploit, il avait extrait le placenta.

*Ces laborieuses manœuvres avaient duré au moins trois heures*. Le soir, à sept heures, le médecin revint assisté d'un confrère, avec lequel il effectua de nouvelles et stériles manœuvres, à l'aide du crochet du forceps.

Cette femme, presque mourante, fut amenée dans le service du professeur Hubert, qui n'osa rien entreprendre. La mort eut lieu le lendemain à 11 heures du matin.

A l'autopsie, on trouva le fœtus macéré, couché sur la matrice, la tête logée dans le flanc droit, le dos tourné en haut et en avant. A gauche, une déchirure anfractueuse, partie de l'orifice interne du col, divisait les tissus dans une étendue de $0^{m},17$.....

L'enfant, si maladroitement mutilé, était hydrocéphale.

Ainsi se trouvait expliquée la cause de la dystocie !

Une ponction du crâne, effectuée à temps, eût suffi pour permettre de délivrer heureusement cette malheureuse femme !

Le mécanisme de la rupture de l'utérus est assez facile à comprendre. Pour vaincre une résistance considérable, l'organe s'épuise en contractions aussi violentes que stériles. On s'explique aisément, en pareil cas, qu'il puisse

éclater sur le point où la consistance de sa trame est le moins résistante.

Si l'affection n'est pas trop prononcée, si la cause qui donne lieu à l'exsudation séreuse n'est pas au-dessus des ressources de l'art assisté de la nature, les enfants sont susceptibles de guérison.

Il faut donc se garder, en de tels cas, de recourir aux larges ponctions et de déterminer des lésions cérébrales étendues. La mort du produit ne saurait manquer d'en être la suite immédiate.

Cinq fois, à ma connaissance, jusqu'ici — trois fois en France et deux fois à Londres — l'aspiration capillaire du liquide hydrocéphalique a été pratiquée chez de jeunes enfants. Tous ont succombé, l'un après 23 ponctions. Ce résultat est peu encourageant; mais il a eu ceci d'avantageux, qu'il a permis aux enfants de vivre plus ou moins longtemps de la vie extra-utérine; considération qui acquiert une extrême importance, dans le cas où peut être agitée la question de *survie*. La science, du reste, sur ce point, n'a pas dit son dernier mot. Je crois même avoir pris connaissance de quelques cas dans lesquels l'injection iodée a fait justice de l'affection hydrocéphalique congénitale. C'est pour cette raison qu'il faut se réserver cette suprême chance de salut, en se gardant de pratiquer *in utéro*, des incisions trop étendues promptement mortelles.

Pour ce qui est de la conduite à suivre, dans le cas où le diagnostic de l'hydrocéphalie interne a été bien posé, je me bornerai aux paroles suivantes, que m'a empruntées le docteur Chantreuil ([1]), traducteur du précieux livre de l'accoucheur d'Edimbourg.

« Pour mettre en œuvre l'aspiration du liquide, le docteur Hamon conseille d'enfoncer aussi obliquement que possible, pour éviter toute lésion cérébrale, une aiguille-trocart au travers de la première suture accessible. L'emploi de ces aiguilles, presque capillaires, serait sans

([1]) *Traité pratique du rétroceps*, p. 250.

aucun danger pour l'enfant, la pointe pénétrât-elle assez avant dans la partie supérieure des lobes cérébraux » [1].

Ce mode de faire qui, jusqu'ici, n'a pu encore se vulgariser dans la pratique obstétricale, présenterait surtout ce double avantage : il permettrait, sans aucun danger pour l'enfant :

1° De préciser le diagnostic *in utero ;*

2° D'éviter une mutilation incompatible avec la vie, réservant au produit les chances d'un traitement qui pourrait être couronné de succès, si la gravité de l'affection congénitale ne la mettait pas absolument au-dessus des ressources de l'art.

Parlerai-je de l'*hydrocéphalie externe ?*

On en peut distinguer deux variétés.

Dans une première variété, l'épanchement extra-crânien est lié à une infiltration générale, qui occasionne la mort du produit de la conception. En pareils cas, son faible développement permet aisément son expulsion prématurée, quelle que soit l'épaisseur du cuir chevelu. Cazeaux a observé un fait de cette nature, dans lequel, chez un enfant de 7 mois, cette épaisseur s'élevait à un travers de doigt. L'accouchement se fit aisément.

Dans la seconde variété, l'épanchement est à la fois interne et externe. Ce dernier semble le résultat d'une légère déchirure membraneuse, au travers de laquelle s'effectue l'épanchement du liquide intra-crânien.

Le diagnostic différentiel de ces deux variétés d'hydrocéphalie est difficile à établir par la simple exploration digitale. Dans le doute, il est indiqué d'introduire la main entière dans l'utérus.

Si l'hydrocéphalie externe est assez prononcée pour s'opposer au passage de la tête, il faut procéder à l'évacuation du liquide. A défaut d'aspirateur, il faut utiliser le premier bistouri, au moyen duquel on effectue une étroite incision.

[1] Simpson, *loc. cit.*, p. 351.

La même pratique est applicable à l'hydrocéphalie, à la fois intra et extra-crânienne, lorsque l'on n'a pas sous la main un appareil aspirateur. L'évacuation du liquide extra-crânien suffit souvent pour permettre l'expulsion naturelle de l'organe, sensiblement réduit de volume, ou son extraction, au moyen d'un agent de préhension, vainement mis en usage avant cette opération.

Obs. — Lorsqu'il m'a été donné de rencontrer le cas d'hydrocéphalie interne, *tête première*, dont j'ai parlé, mon éducation obstétricale laissait encore beaucoup à désirer.

C'était en 1867. Il s'agissait d'une multipare qui, par condition aggravante, était affectée d'un rétrécissement du détroit supérieur. La tête était mobile au-dessus de ce détroit. Le rétroceps entraîna facilement l'organe dans l'excavation, mais, une fois descendu dans le petit bassin, il cessa de fournir aux cuillers une prise suffisante, par suite du peu de consistance des pièces osseuses. Ce ne fut qu'avec une peine extrême que je parvins à en opérer l'extraction. L'enfant vécut encore deux heures de la vie extra-utérine.

La tête était d'un volume monstrueux. Pour ne parler que de l'un de ses diamètres, l'occipito-frontal ne mesurait pas moins de $0^m,17$ au lieu de $0^m,12$ [1].

Dans deux cas analogues, relevés dans mon *Traité du rétroceps*, le docteur Phélippeaux (de Saint-Savinien) [2] s'est tiré beaucoup plus aisément de ces difficultés, en usant de chacune des cuillers du rétroceps utilisées telles quelles — c'est-à-dire non articulées — à l'instar des crochets mousses. On fera bien de recourir à ce dernier mode, en cas d'insuccès du rétroceps employé à la manière ordinaire.

Si ces manœuvres demeuraient impuissantes, si la prise de l'instrument se montrait insuffisante, il serait bon de

(1) V. *Traité prat. de rétroceps*, p. 252 et suiv.
(2) *La vérité sur le rétroceps*, br. in-4°, p. 8 et suiv..

recourir au forceps symétrique à traction concentrique soit manuelle soit mécanique. Le mode d'action tout différent de cet instrument peut, en effet, devenir une condition de succès.

Que l'on fasse usage du forceps ou du rétroceps, si la résistance paraît trop considérable, plutôt que de persister dans une voie pleine de périls, il ne faudrait pas hésiter à recourir à l'emploi de l'aspirateur profond qui, par lui-même, n'expose nullement les jours de l'enfant. Tout traumatisme fatal ainsi évité, on pourra, du moins, assurer au nouvel être le bénéfice d'un traitement ultérieur rationnel.

Il va de soi-même que tant de précautions deviennent inutiles lorsque l'on a pu s'assurer de la mort du produit.

La perforation simple de la voûte du crâne, en diminuant notablement le volume de l'organe, en rend presque toujours l'extraction facile.

### 2° — Dystocie céphalique, tête dernière.

Les cas de dystocie dont j'ai maintenant à entretenir mes lecteurs constituent un des écueils les plus redoutables de la pratique obstétricale. Ce n'est que par exception, il est vrai, que, dans ces graves conditions, la mère est exposée à de grands dangers, mais il est loin d'en être ainsi pour le produit, dont l'existence est presque fatalement sacrifiée.

La dystocie céphalique, *tête dernière*, peut tenir à diverses causes. Elle provient, soit de la mère, soit de l'enfant. Dans le premier cas, elle peut trouver son explication dans un rétrécissement de telle ou telle partie du bassin, ou dans la rigidité, soit du col, soit de l'anneau vulvaire. Dans le second, elle est liée à une mauvaise présentation de la tête, ou à un excès de volume de cet organe.

Il est bon aussi d'établir deux catégories relatives à la tête dernière, selon que le produit n'a subi aucune mutilation, ou que la détroncation a été effectuée.

Je me propose de m'occuper de chacun de ces cas parti-

culiers. Je vais m'efforcer d'indiquer les moyens les plus aisés à mettre en usage pour se tirer de ces passes difficiles. Je décrirai, d'abord, les manœuvres manuelles, qui réussissent très bien dans les cas simples ; puis je signalerai les manœuvres instrumentales, qui doivent être utilisées, dans les cas où ces dernières sont demeurées inefficaces.

## § I. — TÊTE DERNIÈRE, AVEC INTÉGRITÉ DU PRODUIT DE LA CONCEPTION.

Au point de vue du mode opératoire, il faut établir trois catégories distinctes :

1° Dans les cas le plus simples, les manœuvres manuelles suffisent pour opérer l'extraction du produit.

2° Lorsque ces tentatives demeurent infructueuses, on est obligé de recourir à un agent de préhension, qui permet souvent d'extraire l'enfant soit mort, soit vivant, mais sans aucune lésion traumatique.

3° Dans les conditions les plus graves, enfin, il est impossible de retirer le nouvel être, sans le sacrifier dans le sein maternel.

Ce sont ces trois catégories de faits que nous allons successivement passer en revue.

### 1° Extraction de l'enfant par les manœuvres manuelles.

Il convient, tout d'abord, de distinguer trois variétés de *tête dernière.*

Dans la première, la face est dirigée latéralement; dans la seconde, elle est tournée en avant ; dans la troisième, le visage correspond à la concavité du sacrum. Chacun de ces cas particuliers comporte des manœuvres spéciales.

#### 1° *Tête en travers.*

Lorsque le bassin est suffisamment développé, la manœuvre est très simple et n'exige aucun effort.

On applique un ou deux doigts d'une main sur la région auriculaire antérieure, un ou deux doigts de l'autre main sur la région céphalique opposée. On imprime à ces mêmes doigts un mouvement rotatoire en sens inverse, et la rotation s'effectue aisément, de manière à ramener la face dans la concavité du sacrum.

Dans les cas plus difficiles, il faut introduire un ou deux doigts dans la commissure postérieure de la bouche, le pouce de la même main prenant un point d'appui sur l'occiput. Si le mouvement de rotation ne s'effectue pas aisément de la sorte, il faut le favoriser, en agissant sur la région auriculaire antérieure, au moyen d'un ou deux doigts de l'autre main, combinant leur action avec celle de l'autre main, pour en augmenter la puissance.

2° *Face en avant.*

En pareilles conditions, deux cas peuvent se présenter. La tête peut être fléchie ou défléchie.

*Tête fléchie.* Porter deux doigts dans la bouche, abaisser fortement l'enfant et opérer la manœuvre dite : *dos contre dos.*

En pareils cas, je crois que si cette manœuvre, ainsi effectuée, présentait de grandes difficultés, on la faciliterait beaucoup en faisant prendre à la femme l'attitude en pronation, sur les genoux et sur les coudes (*more ferarum*). Dans cette posture de la parturiente, l'accoucheur serait beaucoup plus à l'aise pour opérer le dégagement.

*Tête défléchie.* Le menton peut être retenu au-dessus du pubis. En pareils cas, il convient d'exécuter la manœuvre en sens contraire, dite *ventre contre ventre.* En même temps, il faut ordonner à la femme de pousser.

3° *Face en arrière.*

Il ne faut pas croire, cependant, que les difficultés de l'extraction de la tête dernière proviennent uniquement de son engagement défectueux. L'organe, quoique présentant une situation plus favorable, face en arrière, peut ménager encore beaucoup de tablature à l'accoucheur.

Dans ces conditions, encore, deux cas peuvent se présenter. La tête est relativement fléchie, ou elle est trop défléchie.

*Tête fléchie.* Mettre deux doigts dans la bouche ; poser deux autres doigts de la main opposée, en fourche, sur la nuque. Envelopper l'enfant dans une serviette chaude, le relever fortement, mais avec précaution, sur l'avant-bras ; faire pousser la femme, et exécuter la manœuvre dite *dos contre ventre.*

*Tête défléchie.* Refouler la tête de l'enfant dans l'utérus, en saisissant le tronc à pleines mains. Alors exécuter avec les doigts, comme ci-dessus, la manœuvre de la flexion de l'organe, puis son dégagement.

Bien exécutées, les manœuvres que je viens de décrire suffisent d'ordinaire pour l'extraction de la tête. Mais diverses circonstances peuvent les faire échouer. Alors il devient indispensable de recourir à l'emploi des instruments. Ces conditions, dans les cas les plus heureux pour la mère, sont toujours graves pour l'enfant. En effet, les tentatives manuelles, auxquelles on a eu tout d'abord recours, ont fait perdre un temps précieux. Les délais que comportent le choix et l'emploi des instruments aggravent encore le péril encouru par le produit de la conception. On peut donc poser en principe que, *ipso facto*, l'intervention instrumentale entraîne presque fatalement la mort de l'enfant.

Quoi qu'il en soit, l'objectif de l'accoucheur consiste naturellement à extraire le produit indemne de toute lésion traumatique. Ce n'est qu'à la dernière extrémité que les instruments de mort doivent être mis en usage.

Examinons donc les ressources dont l'homme de l'art peut disposer pour arriver à un tel résultat. Nous verrons bientôt à quel ordre d'agents on doit enfin s'adresser, alors qu'il n'y a plus à aviser qu'au salut de la mère.

**2° Manœuvres instrumentales permettant d'extraire l'enfant indemne de toute lésion traumatique.**

De tous les engins de délivrance, le rétroceps semble celui qui se recommande davantage au choix de l'accoucheur, par la sûreté de son action et par la facilité de sa manœuvre.

Nul mieux que le docteur Chassagny ([1]) n'a fait ressortir les avantages de cet instrument, dans les cas qui nous occupent, alors surtout que la face est dirigée vers la concavité du sacrum. En de telles conditions, le rétroceps agit à l'instar de la main (rétrocépie manuelle). Ce large levier embrasse l'organe par sa partie postéro-supérieure, et lui fait exécuter ce mouvement de flexion forcée que l'on s'efforce de lui imprimer en agissant, avec les doigts, sur le maxillaire inférieur.

Il m'est arrivé plus d'une fois de réaliser heureusement un tel objet, en n'utilisant qu'une seule des profondes cuillers de mon instrument.

Dans un cas de cette nature, j'ai eu à lutter contre de grandes difficultés. Comme de ce fait déroule un précepte pratique important, je ne crois pas hors de raison de le relater en peu de mots.

—Il y avait péril de mort pour deux existences. Il s'agissait d'une présentation primitive de l'épaule. Le col n'était pas entièrement dilaté, mais il paraissait dilatable. Je me mis en demeure de pratiquer la version. Tout alla bien d'abord, mais, au dernier moment, je sentis que la tête était retenue par le col, qui apparaissait à la vulve, sous l'influence de chaque traction.

Je plaçai une seule cuiller du rétroceps, et dus m'en tenir là, la seconde ne pouvant être introduite. Pour faire fructifier mes efforts, je me vis contraint, en même temps que j'opérais mes tractions de la main droite, d'agir de concert sur la tête, avec l'index et le médius de l'autre main, posés

([1]) *Du forceps à tractions soutenues*, 1871, p. 394 et suiv.

l'un en dedans, l'autre en dehors de l'une des jumelles de ma cuiller. Conjointement, je fis repousser en haut la lèvre cervicale antérieure, par la sage-femme qui m'assistait. Je parvins de la sorte à extraire un enfant privé de vie.

Pour le dire en passant, et c'est là le point essentiel auquel je désirais arriver, tel est un des plus sérieux écueils de la version. *On pratique trop souvent cette opération avant la complète dilatabilité du col.* C'est cette raison, peut-être, qui contribue, pour la plus large part, à la léthalité infantile, à la suite de cette dangereuse manœuvre. Tout va à merveille dans le premier temps de son exécution. On croit toucher au port : or, c'est à ce moment même qu'on en est le plus éloigné. Soudain on éprouve une résistance imprévue. C'est l'anneau cervical, inextensible, qui étrangle la tête. L'enfant est presque fatalement condamné !

*C'est pour cette raison, qu'il ne faut pratiquer la version, avant la complète perméabilité du col, que dans les conjonctures les plus graves*, c'est-à-dire, *quand il y a péril de mort.*

En pareils cas, il faut toujours se tenir prêt, pour faciliter l'extraction, à pratiquer quelques incisions cervicales libératrices.

Je n'insisterai pas davantage sur l'emploi du rétroceps dans les graves conditions qui nous occupent. Je me bornerai à renvoyer mes lecteurs à mon *Traité du rétroceps*. On trouvera, en outre, dans la *Revue de thérapeutique* (1), la relation d'un cas de cette nature, qui m'a été communiqué par le Dr Lory, depuis la publication de mon ouvrage. De tels faits sont assurément de nature à laisser sans réponse ceux qui ont des oreilles pour ne pas entendre.

Quelques mots seulement sur la manœuvre du forceps classique, dans les conditions dont il s'agit.

(1) Voir le n° du 31 octobre 1875 de la *Revue de thérap. méd. chir.*

La tête est descendue dans l'excavation, ou elle est retenue au détroit supérieur. Examinons chacune de ces conditions :

1° *Tête descendue dans l'excavation.*

Trois cas peuvent encore se présenter selon que la face est dirigée latéralement, en arrière, ou en avant.

1° *Dans les positions latérales*, ou, le plus ordinairement, diagonales de la tête dans l'excavation, il faut agir selon les règles ordinaires, et effectuer une application oblique du forceps. En principe, il convient d'appliquer les cuillers en avant du plan sternal de l'enfant, dont le corps est relevé dans la direction de l'occipital. On s'efforce ensuite de ramener la face vers le sacrum.

2° *Si la face regarde en arrière*, le corps de l'enfant est relevé et l'on applique directement le forceps, ainsi que dans les positions antéro-postérieures de la tête. Pour dégager l'organe, on effectue, avec l'instrument, la manœuvre de *dos contre ventre.*

3° *Si la face était dirigée vers le pubis*, il faudrait relever le corps du produit, et poser les cuillers au-dessous de la région dorsale, en vue d'effectuer la manœuvre de *ventre contre ventre.*

Telles sont les règles d'une obstétrique rationnelle, telles qu'elles se trouvent tracées dans tous les traités d'obstétrique. Mais, comme il n'est pas de règle sans exceptions, dans les cas difficiles, on fait, non comme on veut, mais comme on peut. Ainsi, quand une application de forceps est impossible selon le plan sternal, par exemple, on la tente selon le plan dorsal, et réciproquement.

2° *Tête retenue au détroit supérieur.*

Lorsque la tête est retenue au détroit supérieur par un rétrécissement, la manœuvre est beaucoup plus difficile encore. En pareils cas, la règle est de reporter le tronc de l'enfant du côté de l'occipital, d'appliquer les cuillers dans les côtés du bassin, puis enfin de tirer selon les axes.

Il convient donc de ne se faire aucune illusion, sur la difficulté de toutes ces manœuvres. Il faut, le plus souvent, une habileté consommée pour les exécuter heureusement. Lorsque l'accoucheur a vu échouer toutes ses tentatives, il ne lui reste plus qu'à porter sur l'enfant les instruments de mort. Je vais bientôt indiquer le mode de faire le plus facile, je devrais dire le moins mal aisé à mettre en usage. Avant, toutefois, de quitter le présent objet, je ne crois pas sans intérêt d'attirer l'attention sur une cause de l'arrêt de la tête qu'il est quelquefois possible de soupçonner après la sortie du tronc. Je veux parler de l'*hydrocéphalie*. L'intérêt que soulève ce sujet m'engage à lui consacrer un chapitre spécial, qui sera le complément naturel de celui dans lequel j'ai traité de l'hydrocéphalie, tête première (v. § 6).

*Hydrocéphalie, tête dernière.*

Si le diagnostic de l'hydrocéphalie, *tête première*, est de nature à embarrasser les accoucheurs les plus expérimentés, les difficultés deviennent beaucoup plus grandes encore quand, après la sortie du tronc, la boîte osseuse se trouve retenue au sein des organes maternels. Alors, en effet, on ne peut utiliser le doigt pour l'exploration des sutures ni des fontanelles.

Un précieux mode d'investigation consiste — la malade étant au préalable anesthésiée — à introduire la main entière au-dessus de la tête, ainsi que pour la pratique de la rétrocepsie manuelle. On arrive de la sorte à relever, quand ils existent, les signes pathognomoniques de l'affection hydrocéphalique.

Il faut bien l'avouer, il est rare qu'on arrive d'emblée à poser ce diagnostic, qui, le plus souvent, n'est précisé que fortuitement, ou *a posteriori*. Heureusement que, en pareil cas, la ligne de conduite de l'accoucheur est toute tracée. Les procédés opératoires sont ceux qui s'appliquent à l'extraction de la tête dernière en général. Il y a plus : entre toutes, les conditions de l'hydrocéphalie sont les plus favorables, la céphalotomie pure et simple ayant pour effet,

par l'écoulement du liquide encéphalique, de faire disparaître l'obstacle apporté à l'extraction de l'organe.

Envisageons maintenant la question au point de vue du manuel opératoire.

Deux cas peuvent se présenter.

I. — Dans un premier cas, l'hydrocéphalie se présente avec ses caractères pathognomoniques, à savoir : les os du crâne sont amincis; les sutures et les fontanelles, très écartées, rendent aisé le chevauchement des pièces osseuses; le liquide épanché ne se trouve pas en assez grande abondance pour distendre fortement la boîte crânienne.

Dans ces conditions éminemment favorables, sous l'influence de tractions manuelles ou instrumentales, l'organe est susceptible de s'allonger dans le sens de son diamètre vertical et de se mouler au mieux sur la filière utéro-pelvienne.

Le succès devient encore plus facile si l'utérus n'est pas fortement revenu sur lui-même. On comprend, en effet, que son état de contraction, en le moulant exactement sur la tête, ne laisse pas à cette dernière un vide suffisant pour permettre l'élongation de son diamètre occipito-mentonnier.

C'est précisément parce que j'ai été un jour favorisé par la réunion de ces circonstances favorables, qu'il m'a été donné d'obtenir un succès des plus faciles [1].

Observation. — *Tête dernière hydrocéphalique. — Extraction manuelle vainement tentée. — Spina bifida, signe précieux de diagnostic. — Extraction très facile au moyen du rétroceps.*

Le 18 mai 1861, je fus appelé auprès de Mme C..., multipare, par une sage-femme qui, après la sortie du tronc de l'enfant, n'avait pu parvenir à extraire la tête.

Deux particularités me frappèrent dès le premier coup

[1] Voir le *Traité pratique du rétroceps*, p. 269 *et seq.*

d'œil. Le corps du produit était d'une gracilité extrême. *Il y avait, à la région lombaire, un spina-bifida,* sans tumeur.

Tenant compte de l'inefficacité des efforts d'extraction tentés par la sage-femme, cette double circonstance me porta à estimer que l'arrêt de la tête devait être dû à un développement exagéré de son volume, par le fait d'une hydrocéphalie.

La patiente ayant été maintenue par la sage-femme, depuis ses tentatives d'extraction, dans l'attitude obstétricale, je procédai sans nul retard à une application de rétroceps.

L'introduction de ses cuillers se fit avec une facilité peu ordinaire, laquelle, dans l'espèce, s'explique suffisamment par la ductilité des pièces osseuses.

Sous l'influence d'une traction un peu trop énergique (je croyais avoir à surmonter une grande résistance), j'amenai aussitôt au dehors une énorme tête qui, déposée sur le plancher, effectuait, sous la moindre impulsion, un véritable tremblement, à l'instar d'une masse gélatineuse.

II. — Dans le second cas, dont il me reste à parler, les conditions présentées par l'organe sont loin d'être aussi favorables. Aussi l'accoucheur se voit-il contraint à recourir aux grands moyens pour opérer l'extraction.

Ces conditions sont diamétralement opposées à celles dont il vient d'être question.

La boîte crânienne, fortement ossifiée, est distendue par une grande quantité de liquide. L'utérus, énergiquement contracté, ne laisse pas à la tête un vide suffisant pour la diminution de son périmètre, sous l'influence de l'effort qui la sollicite. De même que dans les conditions opposées, elle n'est plus susceptible de s'allonger, de s'amincir, ainsi que le ferait une vessie à moitié pleine de liquide. La base du crâne, par suite d'un excès d'ossification ou d'un engagement vicieux, peut être retenue au détroit supérieur. Pour comble de malheur, enfin, ce même détroit peut être affecté d'angustie plus ou moins prononcée.

Des conditions de cette nature, on le comprend, sont bien propres à ménager beaucoup de tablature aux accoucheurs les plus expérimentés.

A quels moyens recourir dans ces délicates conjonctures ?

Le hasard, qui est un grand maître, a permis d'ériger en méthode un mode particulier de délivrance, qui a le mérite de la simplicité. Ce mode, c'est *la décollation.*

Le docteur Girdwood, de Falkirk (1), en opérant l'extraction, par les pieds, d'un enfant putréfié, détermina fortuitement la déchirure de l'épine dorsale et de la peau qui la recouvre au niveau du cou. Une grande quantité d'eau s'échappa par l'ouverture, et la tête qui, par son volume anormal, avait résisté aux efforts de l'accoucheur, fut aisément extraite, grâce à son état d'affaissement.

C'est pour imiter un tel *processus*, que M. Tarnier a donné le conseil de pratiquer la section du canal vertébral, entre deux apophyses épineuses, et d'introduire, par l'ouverture ainsi produite, une sonde en gomme, munie ou non de son mandrin, jusque dans la cavité crânienne. Le liquide trouvant une issue, s'écoule au travers de l'algalie et la tête, en s'affaissant, devient d'une extraction plus facile.

Dans sa thèse de concours (1860), M. Tarnier rapporte plusieurs observations où cette opération a été suivie de succès.

Mais des circonstances fortuites, l'obturation de la sonde, par exemple, par les méninges, par la matière cérébrale, peuvent mettre obstacle à l'écoulement du liquide. Cet expédient peut donc devenir insuffisant. Le cas échéant, je recommanderais le procédé suivant, dont il ne me sera pas difficile de faire ressortir les avantages.

Ce procédé, c'est la *térébration de la base du crâne.* Voici de quelle façon je le mettrais en pratique.

Un aide serait chargé du soin de tirer sur le tronc, à l'effet d'abaisser et de fixer la base du crâne. L'index de la

(1) Clinique obstétricale de Simpson, p. 351.

main gauche guiderait la tréphine vers la racine du cou, au voisinage du trou vertébral : en imprimant, de la main droite, un mouvement de vrille à l'instrument, on l'aurait bientôt, en toute sûreté pour la mère, fait pénétrer au sein de la boîte crânienne.

Cette térébration pourrait être, au besoin, répétée sur plusieurs points.

Ce procédé d'une facile exécution, même au détroit supérieur, présenterait divers avantages.

Il ménagerait, au travers de l'ouverture faite à la base du crâne, une issue pour l'écoulement du liquide.

Le morcellement de ce plancher osseux pourrait, au besoin, par suite de la dislocation des pièces osseuses, faciliter l'extraction de la tête au moyen du forceps.

Le même instrument pourrait, s'il y avait lieu, être utilisé en tant que tire-fond, pour entraîner la tête.

En somme, on peut voir que, dans ces cas de dystocie, les ressources ne font pas défaut à l'accoucheur. Si je crois pouvoir, *a priori*, recommander le procédé que je conseille, c'est qu'il me semble inoffensif et sûr dans son emploi (conditions que ne réalise pas au même degré l'emploi du simple perforateur) et qu'il est apte à remplir heureusement plusieurs indications.

Le procédé de M. Tarnier, d'ailleurs, n'est applicable qu'à l'hydrocéphalie. Or, si l'on considère que, le plus ordinairement, cette affection n'est reconnue qu'à la suite de longues et laborieuses tentatives, voire même après l'extraction du produit, on comprendra le bénéfice d'un mode opératoire qui convient à tous les cas, quels qu'ils soient, où la tête reste *dernière*. On peut donc justement lui appliquer les deux premiers termes du fameux précepte : *Cito et tuto*. Ces considérations ne sont-elles pas d'une grande importance en matière de dystocie, où il est si essentiel de procéder à la délivrance par la voie la plus sûre et la plus directe ?

J'arrive maintenant à la troisième catégorie de faits, à ceux dans lesquels l'extraction de l'enfant ne peut être obtenue que par le bénéfice d'une mutilation préalable.

### 3° Manœuvres instrumentales entraînant la mutilation préalable de l'enfant.

Je ne reviendrai pas sur les procédés les plus simples, applicables à l'hydrocéphalie. J'admets donc que l'emploi de la sonde, voire même que la pratique de la trépanation de l'occipital, restent inefficaces, soit par suite de l'absence d'une collection liquide, soit à cause de l'exagération du volume de l'organe. A quels procédés recourir, pour en obtenir la réduction et l'entraînement.

La perforation une fois faite, il faut appliquer le forceps, ou mieux, d'emblée, le céphalotribe. En mettant en jeu la vis de constriction, on évacue, en partie, la substance cérébrale et on dissocie les os de la base du crâne.

Un seul broiement effectué, on retire l'instrument, et on exerce des tractions, en utilisant le corps de l'enfant, que l'on a eu soin de conserver, pour faciliter ce temps, souvent si délicat, de l'opération.

#### § 1. — *Tête dernière ; décollation artificielle.*

Mais il peut arriver, et tel est le cas le plus ordinaire, que le tronc de l'enfant, obstruant la vulve, apporte une gêne extrême à l'accoucheur, pour la manœuvre des instruments. S'il en est ainsi, comme il n'y a rien à ménager du côté du produit, il faut se faire de la place, et pratiquer la décollation.

Un exemple gravera mieux dans l'esprit de mes lecteurs, la ligne de conduite que l'on peut suivre en pareil cas avec de grands avantages. Je vais donc relater succinctement un fait qui se rattache à ces conditions si souvent épineuses.

Je dois, cependant, le faire observer de suite, il est possible encore parfois de simplifier le manuel opératoire. J'en indiquerai bientôt le moyen dont, je l'avoue, dans ce moment critique, il ne m'est pas venu à l'esprit de tirer parti.

Observation. — *Rétrécissement à 0,06 du diamètre conjugué. — Présentation du siège. — Arrêt de la tête dernière. — Décollation. — Céphatotripsie sans tractions. — Application du forceps à branches parallèles. — Traction manuelle concentrique. — Extraction facile.*

J'avais à accoucher, dans une présentation du siège, une malade dont le détroit conjugué était réduit à 0,06.

Le dégagement du tronc fut obtenu sans peine. Mais la tête, retenue au-dessus de l'angustie pelvienne, ne put être entraînée. Gêné dans mes manœuvres par le corps de l'enfant, je ne pus parvenir à appliquer le céphalotribe. J'en pris vite mon parti. J'opérai la décollation, en ayant soin de ménager la plus grande étendue possible de la région cervicale, dans l'intention de l'utiliser, au besoin, pour fournir une prise à la main.

L'orifice vulvaire ainsi désobstrué, j'introduisis, au sein de l'utérus, l'une puis l'autre main, sur la face palmaire de chacune desquelles je conduisis les cuillers du céphalotribe. L'instrument une fois articulé, je mis en mouvement la manivelle et opérai le broiement de la tête.

Ce résultat obtenu, je me gardai bien de faire aucune traction, car, dans les conditions d'une telle opération, il devait s'être produit des esquilles à la base du crâne, esquilles dont j'avais lieu de redouter l'action vulnérante.

J'enlevai donc le céphalotribe et essayai quelques tractions manuelles sur le tronçon cervical. Cette prise reconnue insuffisante, je fis une application de mon forceps à branches symétriques et à tractions concentriques. Convaincu que la résistance serait peu considérable, eu égard, surtout, à la liberté d'accommodation laissée à l'organe, je me contentai d'engager un petit bâtonnet dans l'anse des cordons attractifs. Je ne fus pas déçu dans mon attente. Sous l'influence de quelques efforts peu énergiques, je ne tardai pas à voir les branches de l'instrument se relever, c'est-à-dire prendre une direction opposée à celle que l'on s'efforce de lui imprimer, lorsque l'on se conforme aux

préceptes scolastiques. Peu d'instants après, l'organe disloqué, se moulant aisément sur l'étroite filière pelvienne, était entraîné sans aucune violence, sans aucun risque pour la mère.

Cette malade s'est promptement rétablie. En eût-il été ainsi si mes manœuvres avaient été effectuées selon le mode classique ? Je me borne à poser un simple point d'interrogation ?

J'ai dit plus haut qu'il était possible de recourir parfois avec avantage à des manœuvres à la fois plus faciles et plus rapides. Le *procédé* dont je veux parler *consiste à prendre, sur le tronçon cervical de l'enfant, une prise très solide*, qui peut souvent dispenser de recourir à l'emploi de tout autre agent de préhension.

On prend, à cet effet, une *forte ficelle*. On en constitue un *nœud à double embrasse superposée*, tel que l'effectuent les laboureurs, pour fixer les rênes de leurs chevaux au manche de la charrue. Ce lien est d'une solidité telle que, plus on tire sur les chefs de la ficelle, plus son anse se fixe sur les parties avec solidité.

Dans les cas qui nous occupent, un tel lien une fois posé, il n'y a plus qu'à sectionner le cou de l'enfant au-dessous de l'anneau constricteur.

Je n'ai pas à insister sur la facilité que donne une telle prise pour l'extraction de la tête. Il est manifeste que, grâce à un tel expédient, il peut devenir possible, lorsque les organes ne sont pas trop disproportionnés, de se dispenser de l'emploi de tout autre engin de délivrance.

Dans les cas où le broiement préalable de la boîte osseuse est devenu indispensable, on comprend que, sans parler de la facilité qu'il donne, pour l'application et le bon fonctionnement du céphalotribe, on comprend, dis-je, que nul agent de préhension ne présente autant de garanties, au double point de vue de la sûreté et de la rapidité de l'extraction, que ce simple lacs, solidement établi sur le tronçon du cou de l'enfant.

Enfin, il faut admettre que les tractions effectuées sur le

lacs demeurent insuffisantes. Il faut avoir simultanément recours à l'emploi soit du forceps soit du rétroceps.

Il peut, enfin, devenir nécessaire de recourir à la tréphine, qui présente le double avantage de morceler la boîte osseuse et d'ouvrir une voie à l'issue de la substance cérébrale.

On doit comprendre combien, au cours de ces manœuvres, se montre utile le lacs cervical, soit pour empêcher la tête de glisser au-dessus de l'agent de perforation, soit entre les branches des instruments de préhension, soit enfin pour s'associer à l'action attractive de ces derniers.

### § 2. — *Tête dernière, après décollation artificielle.*

La décollation est, le plus souvent, la conséquence accidentelle de manœuvres effectuées en vue d'opérer l'extraction de la tête dernière.

Lorsque l'obstacle à l'entraînement de l'organe ne tient pas à une angustie pelvienne, lorsque les tentatives manuelles, qui doivent être en premier lieu essayées, restent sans effet, la manœuvre instrumentale la plus simple consiste à appliquer le rétroceps. Cet instrument embrasse l'organe par sa partie supérieure et postérieure, et lui fait exécuter un double mouvement d'abaissement et de rotation autour de la symphyse pubienne.

J'ai relaté, dans mon *Traité du rétroceps*, p. 272 *et seq.* deux faits de cette nature bien dignes d'intérêt [1].

1er FAIT.—Dans le premier cas, qui m'a été communiqué par le Dr Dehenne, de Bourbourg (Nord), il s'agissait d'une énorme tête hydrocéphale. Après les plus pénibles efforts, le corps de l'enfant reste entre les mains de l'opérateur. Application du rétroceps. Traction d'une main, l'autre main effectuant, de concert, l'expression utérine. La tête arrive dans le petit bassin, la face à la vulve. A bout de

[1] Se reporter aussi au no d'octobre 1875 des *Annales de gynécologie*.

course, l'instrument est retiré, pour laisser reposer la malade. Survient, au bout de 10 minutes, un effort d'expulsion, qui chasse à la fois la tête et le placenta.

2e FAIT. — Le second cas, emprunté à la pratique des docteurs Lory et Bignon, de La Ferté-Macé, est plus intéressant encore.

Rétrécissement très prononcé du diamètre sacro-pubien. Six applications de forceps n'avaient amené aucun résultat. Détroncation accidentelle. Le rétroceps, utilisé à son tour, dérape une première fois, pour avoir été posé, non pas directement sur la tête, mais sur le placenta, par lequel elle était coiffée. Une seconde application fut faite avec plus de soin. « Après des efforts simultanés très énergiques, opérés par les deux accoucheurs, cette tête énorme, par rapport à un bassin rétréci, fut entraînée hors des organes maternels. » Dans ces efforts, une partie de la matière cérébrale sortit par le trou occipital.

J'ai relaté, dans le n° du 15 septembre 1878 de la *Revue de thérapeutique méd. chir.*, que je dirigeais à cette époque, une observation de ce genre, qui mérite d'être rapprochée des deux précédentes.

OBSERVATION. — *Grossesse de sept mois. — Albuminurie. — Eclampsie. — Présentation du siège. — Enfant macéré. — Détroncation accidentelle, conséquence d'une dilatation cervicale insuffisante. — Extraction facile de la tête, au moyen du rétroceps.*

Le 15 août 1878, j'étais appelé, dans un hôtel, auprès d'une dame albuminurique, enceinte pour la première fois et parvenue au terme de sept mois. Le 12, elle avait été éprouvée par une violente attaque d'éclampsie. Elle était très infiltrée. J'avais annoncé une fausse couche imminente. C'était cette fatale prédiction qui se réalisait.

Je constatai une présentation du siège. Le col était in-

complètement dilaté, mais paraissait dilatable. Absence de bruits fœtaux.

Je procédai à la délivrance, la malade étant au préalable mise en travers du lit, précaution qu'il ne faut jamais manquer de prendre, en vue des difficultés possibles de l'extraction de la tête dernière, dans les cas de présentation du siège.

Sous l'influence d'un effort modéré, effectué sur l'aine antérieure, je perçus un craquement de mauvais augure. Je dus aller de suite à la recherche d'une jambe. Les membres pelviens et le tronc extraits, je constatai que l'enfant était dans un état de macération avancée. Je pus, avec précaution, extraire les bras. Mais, restait la tête.

Comme il n'arrive que trop souvent, lorsque le col est insuffisamment dilatable, l'anneau cervical opposa un obstacle insurmontable au passage de la boîte crânienne, et, malgré le soin que je mis dans mes tentatives d'extraction, le corps de l'enfant me resta dans les mains. Le produit était décapité !

Sans perdre un instant, j'introduisis, l'une sur l'autre, tant l'orifice était étroit, les cuillers du rétroceps et j'effectuai des tractions ménagées. Je vis aussitôt la matière cérébrale, se faisant jour au travers du trou occipital, se répandre au dehors avec abondance. Quelques secondes encore, et la tête était entraînée au dehors, entre les cuillers du fidèle agent de préhension.

Après quelques complications *post partum*, liées à l'albuminurie, cette jeune femme a pu quitter l'hôtel parfaitement rétablie.

## § II. — DYSTOCIE PELVIENNE.

### Présentation du siège.

Les présentations du siège qui, d'après Ramsbotham, sont aux autres présentations dans les rapports de 1 à 35, sont d'ordinaire plus graves que lorsque la tête vient première, dans une bonne position. Cependant, à part une plus grande lenteur dans le travail, l'accouchement par le

pelvis ne rentre pas dans le domaine de la dystocie. Il est donc bien entendu que ce que j'ai à dire, dans ce chapitre, ne concerne pas les cas simples, ou à solution normale. Les lignes qui vont suivre n'auront trait qu'aux conditions dans lesquelles la nature, impuissante à perpétrer son œuvre en temps utile, réclame l'assistance éclairée de l'homme de l'art.

Plusieurs distinctions importantes doivent être établies dans les présentations du siège.

I. — La dilatation est complète, et les pieds, rapprochés du siège, sont accessibles.

L'indication est précise. Il faut saisir ces organes et terminer l'accouchement le plus tôt possible.

II. — Le siège est élevé, le col est dilaté ou dilatable. Les pieds sont relevés vers la tête.

Si, pour un motif ou pour un autre, on ne fait pas usage d'un agent de préhension, voici la conduite qui devra être suivie :

Introduire la main au sein de l'utérus, assez haut pour atteindre une jambe, la jambe antérieure autant que possible, embrasser cette jambe à pleine main, la fléchir avec précaution, et pratiquer l'évolution monopode.

Certains accoucheurs sont partisans de l'*extraction bipodalique*. Il est préférable d'agir *sur un seul pied*, et en voici la raison :

Le second pied, appliqué contre le tronc du fœtus, lui conserve une forme plus arrondie. En retirant le second pied, on entraîne souvent le cordon qui, au contraire, est préservé contre les dangers de la compression, lorsque l'on a la précaution de le laisser en place. Ce n'est que dans le cas où l'extraction monopodique ne peut aboutir, et qu'il y a crainte d'arracher le membre, que j'ai pour habitude d'aller à la recherche du second pied.

III. — Que l'accoucheur ait eu le tort de trop sacrifier à la temporisation, ou qu'il ait été appelé trop tard, il peut arriver que le bassin de l'enfant soit enclavé dans le bas-

sin maternel, au point de rendre très difficile l'engagement de la main. C'est alors que peuvent surgir les plus grandes difficultés.

Diverses conditions, en effet, sont de nature à prolonger, à compliquer le travail.

En premier lieu, le bassin de l'enfant n'a pas la forme régulière de l'ovoïde céphalique. Son engagement dans les organes maternels n'est donc pas aussi facile. Cet engagement ne s'opère que par suite d'une incurvation en S de la colonne vertébrale. En de telles conditions, les contractions utérines, décomposées, ne se transmettent plus avec autant de puissance sur la partie fœtale engagée.

Ce n'est pas tout : que les pieds soient appliqués contre le siège, qu'ils soient relevés contre la tête, le fœtus présente la forme d'un coin, dont la base correspond à la tête, La pointe de ce coin s'engage assez facilement au travers du col, mais il cesse d'en être ainsi pour les autres parties fœtales, de plus en plus volumineuses, de forme irrégulière, et peu aptes à opérer le mouvement de rotation intérieure, si propre à faciliter la descente de l'enfant.

En pareil cas, on a conseillé d'appliquer un doigt sur l'aine antérieure, au besoin même un doigt sur chaque aine, pour engager le pelvis.

Je ne vois nul inconvénient d'essayer d'une manœuvre qui a du moins, pour elle, l'avantage de l'innocuité. Elle pourrait rendre service à l'accoucheur qui, pris à l'improviste, ne serait pas muni d'un engin de délivrance. Je crois, toutefois, que ce ne serait que par exception qu'elle serait susceptible de fournir un heureux résultat. Quand, en pareil cas, la nature se montre impuissante, est-ce à croire que la faible force déployée par un ou deux doigts puisse suffire pour vaincre la résistance qui s'oppose au passage du bassin de l'enfant ?

IV. — Lorsque le siège est fortement engagé, il peut devenir impossible d'opérer le dégagement manuel qui, je m'empresse de le dire, n'est pour moi qu'un *procédé de nécessité*. Il faut en venir alors à l'emploi des instruments.

En pareil cas, que nous conseillent les classiques ?

Il est de précepte, tout d'abord, de tenter une *application du forceps*. Or, il ne faut pas se le dissimuler, il s'agit là d'une opération délicate et dangereuse. Ce n'est pas chose facile que d'effectuer une application oblique de cet instrument, dont la cuiller antérieure doit être posée en arrière de l'arc pubien. Les tractions, de plus, exposent beaucoup à déterminer la fracture du bassin et de la cuisse, à léser les oganes abdominaux de l'enfant.

Je n'en disconviens pas, ce mode de faire a permis à Dubois, à Tarnier et à quelques maîtres de sauver la vie de l'enfant. Mais chacun n'est pas doué de l'habileté de ces éminents accoucheurs. Aussi, je ne crains pas de déclarer que, en principe, eu égard aux difficultés et aux dangers d'une telle manœuvre, l'application du forceps, dans l'espèce, doit être considérée comme une mauvaise opération. Ne suffit-il pas, du reste, de jeter un regard sur les cuillers du forceps, pour se convaincre qu'elles n'ont pas la configuration nécessaire pour s'adapter sur le bassin de l'enfant ?

Cette application, toutefois, ayant été effectuée sans succès, à quels autres procédés opératoires, classiquement toujours, est-il conseillé de recourir?

Il ne reste plus à l'accoucheur que deux ressources. Elles consistent dans l'*usage du crochet* ou du *céphalotribe*.

L'usage du crochet est loin d'être facile et entraîne, pour le nouvel être, les plus grands dangers.

Le fait suivant, dont j'ai naguère pris connaissance dans un journal d'obstétrique, démontre une fois de plus que de telles assertions n'ont rien d'exagéré.

Obs. — Le Dr L..., chirurgien en chef d'une grande maternité de province, se trouvant en présence d'un cas de cette nature, après avoir en vain tenté l'extraction manuelle, eut ensuite, sans plus de succès, recours au forceps. Réduit à faire usage du crochet, il laboura l'abdomen de l'enfant et opéra l'arrachement presque complet de la cuisse. La mère n'échappa qu'à grand'peine aux dangers de cette laborieuse délivrance.

Parlerai-je du céphalotribe ?

La manœuvre de cet instrument est loin d'être toujours facile. Ainsi que pour ce qui concerne le forceps, l'application de la branche retro-pubienne exige souvent une grande habileté. Il ne faut pas l'oublier, enfin, le céphalotribe, tel qu'on est dans l'habitude de l'employer, est un instrument de mort.

Je n'insisterai pas davantage sur le compte de ces trois agents de délivrance, auxquels j'ai consacré ailleurs un article spécial (1).

Alors donc que l'intervention de l'accoucheur est réclamée dans ces conditions, devenues de véritables cas de dystocie, avec les idées scolastiques régnantes, il peut s'attendre à rencontrer de réelles difficultés.

Encore une fois, ces difficultés ne sont que relatives, à la condition de disposer d'un engin approprié de délivrance. *Cet instrument, c'est le rétroceps.* Grâce à lui, l'extraction de l'enfant est presque toujours à la fois facile, prompte et exempte de danger.

Pour mon compte, j'ai fait huit fois usage de cet instrument dans les conditions dont il s'agit. Je n'ai pas éprouvé plus de difficulté que dans la présentation du sommet. Plusieurs fois, il est vrai, il s'est agi de conditions dans lesquelles l'accouchement eût pu, avec le temps, s'effectuer dans des conditions heureuses; mais, le plus souvent, j'ai été appelé par des sages-femmes ou par des confrères qui s'étaient vus dans l'impossibilité de mettre fin au travail. Mon intervention a été réclamée après des tentatives infructueuses de version, d'application du forceps ou du crochet. Dans tous les cas, il m'a suffi de quelques minutes pour effectuer la délivrance au moyen du rétroceps.

Les trois faits suivants, que je choisis au hazard, suffisent pour affirmer la sûreté d'action, la facilité de la mise en œuvre de cet instrument, dans les cas dont il s'agit. Voici ces faits, dont le seul exposé rend tout commentaire inutile.

(1) Voir les nos du 25 juillet et du 1er août du *Siècle médical.*

Obs. I. —*Dystocie par présentation du siège.—Extraction facile au moyen du rétroceps.*

Le 19 octobre 1880, Mme B..., sage-femme, me pria de lui venir en aide, dans les conditions suivantes :

Mme X..., primipare, bien conformée, âgée de vingt-huit ans, entra en travail dans la soirée du 17 octobre. Les fortes douleurs ne se déclarèrent que le 18, à 9 heures du soir. Elles se soutinrent toute la nuit. Le 19, à 11 heures du matin, la rupture de la poche des eaux s'opéra spontanément. La dilatation était complète. Alors seulement la sage-femme constata une présentation du siège, en S. I. G. A. Elle attendit quelque temps, espérant la solution naturelle du travail. Les douleurs, cependant, au lieu de se montrer efficaces et soutenues, se suspendirent entièrement. Ce fut dans ces conditions que, à midi, Mme B... fit appel à mon intervention. A ce moment même j'étais en demeure de terminer un autre accouchement. Ce ne fut qu'à une heure et demie que je pus me transporter auprès de Mme X...

Je trouvai la parturiente épuisée, découragée. Les douleurs étaient suspendues.

Je constatai la présentation signalée par la sage-femme. L'ischion gauche occupait, en arrière de l'arc pubien, l'aire centrale du bassin ; en arrière, je relevai aisément la vulve et l'orifice anal de l'enfant. L'engagement était tel qu'il ne fallait pas songer au dégagement manuel. Il fallait opter entre l'emploi du forceps, du crochet ou du rétroceps. Rendu confiant par sept succès antérieurs faciles, je n'hésitai pas un instant dans le choix de ce dernier instrument.

La malade placée dans l'attitude obstétricale, je procédai au placement de l'une et de l'autre cuiller, qui fut effectué avec une facilité sans égale. Quant à l'articulation des deux leviers, grâce au perfectionnement que j'ai fait subir à mon dernier modèle, s'opérant par le simple emboîtement des deux tronçons du manche, elle se fit, comme il est de règle, en un seul temps, ne comportant guère que l'espace d'une seconde.

Je m'attendais à une prompte et facile délivrance. Je fus quelque peu déçu dans mon espoir. Je m'aperçus bientôt que j'allais avoir à surmonter une certaine résistance et que le dérapement des cuillers était à craindre. Pour me mettre à l'abri de ce mécompte, je m'agenouillai en regard des organes sexuels et me mis en demeure d'effectuer mes tractions, en tirant méthodiquement en bas et en arrière. Je ne tardai pas à m'assurer de l'efficacité de cette manœuvre. Pour faciliter l'engagement, je dus ensuite latéraliser mes tractions. Au bout de quelques minutes, j'eus la satisfaction d'extraire une enfant souillée de méconium, mais que je pus, par quelques soins, rappeler à la vie.

Le bec de l'une des cuillers du rétroceps avait laissé une légère empreinte sur la hanche postérieure (hanche droite).

Cette enfant était très développée. Pesée nue, au moyen d'un dynamomètre, son poids s'élevait à 5 kilog. Ce développement suffisait pour expliquer la dystocie, dans ces conditions défavorables de présentation.

Au moment du dégagement se produisit un accident beaucoup plus fréquent qu'on ne le pense, même dans les accouchements réputés franchement physiologiques. Je veux parler de la déchirure du périnée. Ce plancher musculaire se rompit jusqu'au voisinage de l'anus, un peu obliquement vers la droite.

Depuis longtemps, je l'ai répété jusqu'à satiété, je ne prends nul souci de cette lésion, à tort si redoutée, à laquelle peu de femmes échappent, même dans les présentations céphaliques, surtout au moment du dégagement de l'épaule postérieure. En effet, lorsque j'ai revu pour la dernière fois Mme X..., le 27 octobre, je trouvai reconstitué le plancher périnéal, mesurant une longueur de 0,04.

Les suites de couches ont été si heureuses, que Mme X... n'a même pas eu la fièvre si improprement dite *fièvre de lait*. Chez elle, la température n'a jamais excédé 37°.

Obs. II. — *Dystocie pelvienne occasionnée par un rétrécissement du détroit inférieur.—Succès du rétroceps. Enfant asphyxié. — Immersion dans l'eau à des températures extrêmes. — Retour à la vie* (1).

Primipare. Travail de 8 heures de durée. A 3 heures 1/2 de relevée, le scrotum fait issue au travers de la vulve. A mon arrivée, à 5 heures, les parties de l'enfant, atteignant le volume d'un gros œuf de poule, présentent une couleur violacée. Application facile du rétroceps. Extraction rendue difficile par suite d'un défaut de proportion entre le produit et le détroit inférieur, transversalement rétréci.

Enfant presque privé de vie. Immersions alternatives dans deux bassines remplies, l'une d'eau chaude, l'autre d'eau froide. Succès complet après 1/2 heure de soins.

Obs. III. — *Dystocie pelvienne, par rétrécissement du détroit supérieur. — Application fructueuse du rétroceps. — Stigmates curieux imprimés par l'angustie, sur le pelvis et sur la tête de l'enfant.*

Mme Bigot, tertipare. Deux couches antérieures terminées à l'aide du forceps. Invasion du travail le 22 mars 1876, à 11 heures du soir. Le 23, à 5 heures du matin, je constate une présentation du siége au détroit supérieur. Région trochantérienne gauche de l'enfant arc-boutée contre l'arcade pubienne. Ischion droit beaucoup plus élevé en arrière. Application facile du rétroceps, qui entraîne le siége jusque sur le plancher périnéal. Les deux index sont appliqués en crochets sur les aines. Extraction assez aisée du tronc, puis dégagement des bras. La tête ne vient qu'avec peine, donnant lieu à une sensation de résistance vaincue (rétrécissement du détroit supérieur). Enfant du poid de 4 kilogr. en état d'asphyxie blanche. Cet enfant s'éteint au bout d'une demi heure.

Trois particularités intéressantes à noter : aplatissement très sensible de la voute cranienne (hémi-anencéphalie). Large ecchymose, devenue le lendemain beaucoup

(1) V. le no du 25 juillet 1881 du *Praticien.*

plus prononcée par l'effet cadavérique, sur la région sacrée et trochantédienne gauche.

Sillon très apparent aux régions frontale et temporale gauche.

Ces stigmates sont la conséquence de l'angustie pelvienne et de la conformation de l'arc pubien, saillant et anguleux.

Je ne donnerai pas ici la relation des cinq autres observations que j'ai recueillies. Je me bornerai à rappeler les deux faits suivants qui, plus que tout ce que je pourrais dire, ne sauraient manquer de convaincre les esprits les plus incrédules.

Un de ces faits (1) s'est passé dans le service de la maternité de M. de Saint-Germain.

I. — Il s'agissait d'une femme indocile, chez laquelle cet accoucheur (erreur qui se commet quelquefois), crut avoir affaire à une présentation de la face. Il applique le rétroceps. Dès la première traction, un jet de liquide lui jaillit au visage. C'était de l'urine ! Quelques instants après, il amenait au monde, avec une merveilleuse facilité, une enfant vivace et bien développée.

L'action de l'instrument avait été si douce, que l'on chercha vainement l'impression des cuillers sur la peau toujours si délicate du nouveau-né.

II. — Le second fait (2) est dû au Dr Gelineau, d'Aigrefeuille d'Aunis. En voici la relation en substance.

Cet honorable confrère fut appelé pour un cas de présentation du siège, fortement enclavé dans le petit bassin.

Les manœuvres manuelles, par suite de cette circonstance, ne purent fournir aucun bon résultat. Le forceps croisé fut ensuite essayé, mais il fut impossible de poser la seconde branche. En désespoir de cause, le Dr Gelineau se décida à appliquer le rétroceps, qui lui permit en quel-

(1) Voir le *Traité pratique du rétroceps*, p. 278.
(2) *Loc. cit.*, p. 279.

ques instants et *au moyen d'une seule main*, de mettre au monde un enfant vivant.

A la réflexion, de tels succès du rétroceps n'ont nullement lieu de surprendre. Ils s'expliquent, en effet, par des considérations de mécanique obstétricale de l'ordre le plus élémentaire.

Que l'on veuille bien ouvrir le premier traité des accouchements représentant une présentation du siège. On voit que, en pareil cas, le mode d'engagement est analogue à celui des positions de la tête, lorsque cet organe est incliné sur son pariétal antérieur.

Dans l'espèce, c'est l'ischion antérieur qui, prenant de l'avance sur l'ischion postérieur, vient s'arcbouter contre l'ischio-pubis, autour duquel le bassin de l'enfant doit exécuter le même mouvement pivotal circum-pubien, sur lequel j'ai si longuement insisté, comme étant le principe fondamental de la méthode rétrocépitale.

En pareil cas, pour que le dégagement se produise, il faut que, la hanche antérieure restant en quelque sorte immobile au sommet de l'arcade pubienne, la hanche postérieure décrive un arc de cercle très étendu, qui amène l'ischion postérieur en avant de la commissure périnéale.

Encore une fois, il se produit, dans la présentation du siège, des phénomènes en tous points analogues à ceux qui ont lieu dans les présentations du sommet. Il ne saurait en être différemment, par cette raison fort simple qu'un tel mécanisme est en rapport avec la conformation spéciale du bassin de la mère, dont les parois antérieures et postérieures sont d'inégale longueur.

Il est inutile d'insister davantage sur des considérations de mécanique obstétricale que j'ai suffisamment développées dans mes nombreux travaux. Le peu de mots que je viens de dire suffit, je crois, pour faire comprendre que le mode d'action du rétroceps, dans ces cas particuliers, est des plus aisés à définir, que son succès n'a nullement lieu de surprendre, que son emploi, enfin, en de telles conditions, est on ne peut plus rationnel.

## § III. — Dystocie spondylienne.

*(Présentations transversales.)*

La présentation du tronc se voit, environ, une fois sur 300. On peut l'attribuer à diverses causes. De ce nombre sont : l'abondance absolue ou relative du liquide amniotique ; le rétrécissement du détroit supérieur, qui met obstacle à l'engagement de la tête ; la présentation du placenta, qui entraîne un plus grand développement du diamètre transversal de l'utérus ; la forme ellipsoïde de cet organe, condition physiologique chez certaines femmes, qui les prédispose, parfois à toutes leurs couches, à ce genre de présentation [1].

Pour simplifier la classification des présentations transversales, je crois qu'on peut les réduire à quatre. Voici celle que je propose d'adopter et qui me semble suffire à tous les besoins de la pratique.

Dans les positions tranversales du fœtus, l'épaule est à droite ou à gauche ; le dos est en avant ou en arrière.

Un cas de cette nature étant donné, on peut le caractériser par les quelques mots suivants, et l'on sera compris de tout le monde.

Présentation de l'épaule droite ou gauche, dos en avant ou en arrière.

Admettons donc, tout simplement, quatre positions : deux de l'épaule droite, deux de l'épaule gauche.

Que le membre correspondant à l'épaule soit, ou non, procidé, la question capitale, c'est l'extraction de l'enfant.

La manœuvre qui a pour objet cette extraction, c'est la *version*.

Ce n'est pas le lieu de traiter de l'une des questions les plus importantes de pratique obstétricale avec tous les

[1] La forme particulière des organes utéro-pelviens peut seule expliquer la succession des présentations identiques qui se produisent chez certaines femmes. On en trouve un exemple bien remarquable dans le numéro du 15 juin 1875 de la *Revue de thérap. médico-chirurg.* Il s'agit d'une dame bien conformée, qui eut onze enfants dont dix sont venus par le siège.

détails qu'elle pourrait comporter. Sans parler d'un long article de fond que je lui ai consacré ailleurs ([1]), je dois me borner à renvoyer mes lecteurs aux traités spéciaux qui sont entre les mains de tous. On y trouvera d'excellents articles, avec figures explicatives, qui édifieront pleinement sur la question considérée dans son ensemble. Je dois me borner ici à quelques considérations de premier ordre, et insister surtout sur les moyens propres à rendre plus accessibles des manœuvres qui, trop souvent, exigent de l'accoucheur l'habileté la plus consommée.

Je traiterai d'abord du manuel opératoire se rattachant à l'obstétrique courante. Je m'occuperai ensuite des manœuvres et des opérations que comportent certains cas de positions transversales, assez rares par bonheur, qui peuvent être tenus, à juste titre, comme constituant les conditions les plus épineuses de dystocie.

### 1° — De la version.

Il y a trois sortes de versions. La *version* ou *réduction, par manœuvres externes* ; la *version céphalique* et la *version pelvienne*, ou *grande version*.

Je ne dirai que quelques mots des deux premières. Je m'étendrai davantage sur la troisième, en raison de son importance pratique.

#### 1° *Version par manœuvres externes.*

Les manœuvres qui la constituent, ont pour objet de ramener le siège ou, autant que faire se peut, la tête au détroit supérieur. A cet effet, on agit en sens inverse avec l'une et l'autre main appliquées aux parois abdominales sur les deux pôles du fœtus, doucement, par une pression méthodique et combinée, de manière à déplacer l'enfant, dont on peut d'ordinaire assez aisément modifier l'attitude, vu sa mobilité dans le fluide amniotique.

([1]) Voir l'année 1879 de la *Revue de thérap. méd. chir.*

Quelques pressions bien dirigées suffisent, le plus souvent, pour ramener au détroit l'organe que l'on désire y engager. Mais, comme les mêmes causes produisent les mêmes effets, la raison qui a déterminé une position vicieuse n'étant pas détruite par le fait des manœuvres effectuées, l'enfant ne tarde pas à reprendre de lui-même la mauvaise position que l'on s'était efforcé de rectifier.

Cette réduction par manœuvres externes est parfois si facile, que le professeur Pajot l'a vue se produire à la suite de la simple application du stéthoscope, par de nombreux élèves. L'instrument repoussait peu à peu, mais incessamment, la tête de gauche à droite. Au bout d'un certain nombre de ces petits mouvements d'impulsion, l'organe était ramené au centre du détroit supérieur. Mais, au bout de peu d'instants, l'enfant reprenait de lui-même son attitude primitive.

Cette méthode n'est donc applicable et réellement pratique que dans les cas où l'accoucheur peut intervenir aussitôt la réduction opérée. La rupture de la poche des eaux est le plus sûr moyen de fixer définitivement la tête.

Dans ces derniers temps, plusieurs accoucheurs ont fait de louables efforts pour vulgariser cette méthode. On s'est également ingénié pour trouver les moyens de maintenir la réduction. Je doute pourtant que la version par manœuvres externes arrive jamais à prendre une grande extension. On a, d'une part, assez rarement occasion de l'effectuer. D'autre part, pour arriver à l'exécution de ces manœuvres, il faut avoir des mains très exercées. Ce n'est pas avec l'organisation actuelle des études obstétricales que pourront se former beaucoup de jeunes médecins capables de mettre un tel procédé en usage. Il restera donc encore bien longtemps, sinon indéfiniment, le propre des accoucheurs habiles et expérimentés.

### 2° *Version céphalique.*

Ce mode de réduction est rarement efficace, pour des raisons analogues à celles que nous avons fait ressortir,

au sujet de la précédente manœuvre. Sur une série de 60 cas, où Dubois a expérimenté un tel mode, il n'a trouvé que 21 cas dans lesquels la tête a pu rester réduite. Une telle pratique comporte donc une double opération, pour l'extraction du produit. Alors, en effet, la nature est impuissante, et il devient nécessaire de compléter la première manœuvre par une application de forceps.

Devant la perspective de deux opérations consécutives, M. Pajot condamne la version céphalique, et préfère en finir de suite, en pratiquant tout d'abord la grande version.

Ici, je dois me séparer de l'éminent professeur, dont je ne saurais, dans l'espèce, partager la manière de voir.

La version est une manœuvre pleine de dangers pour l'enfant, dont elle entraîne la mort dans la moitié des cas, pour ne pas dire davantage. Cette raison seule, sans parler de plusieurs autres, suffirait pour me faire incliner pour la version céphalique, aussitôt suivie d'une application de forceps, ou mieux encore de rétroceps qui, en pareils cas, doit être préféré à tout autre instrument, en raison de la rapidité, de la facilité de sa manœuvre.

Une communication très intéressante, faite dans la séance du 5 mars 1874, à la Société de médecine de Strasbourg, par le professeur Aubenas [1] est bien propre à consacrer la supériorité de la pratique à laquelle j'accorde la préférence.

Il s'agit d'une femme, atteinte d'un léger rétrécissement du détroit et qui, dans huit accouchements, a eu autant de cas de présentation transversale.

Quatre enfants ont été extraits par la grande version. Tous ces enfants ont succombé.

Dans les quatre autres accouchements, la version céphalique aussitôt suivie d'une application de forceps a été effectuée, et ces quatre enfants ont conservé la vie.

Le docteur Fressinger, durant une pratique assez longue à la campagne, a pu faire plusieurs observations qui confirment la remarque de M. Aubenas.

(1) Voir *Annales de gynécologie*, t. II, p. 390.

Arrivons à la grande version qui, pour être moins l'objet de notre prédilection, n'en constitue par moins une des manœuvres fondamentales de l'art des accouchements.

### 3° *Grande version.*

La première chose à faire, pour éviter toute fausse manœuvre, c'est de donner à la malade une bonne position. L'accoucheur, en outre, doit prendre lui-même l'attitude la plus convenable, pour n'être pas gêné dans l'exécution d'une opération trop souvent délicate et laborieuse.

En France, nous avons l'habitude de poser les femmes *en supination*. Cette attitude est la plus convenable, sauf dans une condition, dont il sera bientôt question.

Il en est de la version ainsi que du forceps. La plupart du temps, on se contente de poser la malade en travers du lit. Or, quatre-vingt-dix-neuf fois sur cent, la couche est très peu élevée. Il suit de là que l'accoucheur doit prendre le parti de s'agenouiller pour effectuer l'opération.

Dans cette position incommode, la fatigue arrive vite, et le succès ne s'obtient le plus généralement qu'au prix de grandes fatigues et de douloureuses courbatures. En principe donc, il faut commencer par élever la couche de telle sorte que les organes sexuels atteignent la hauteur de la poitrine de l'opérateur.

Ce n'est pas tout. Dans cette douloureuse épreuve, la femme se livre instinctivement aux efforts les plus désordonnés pour éviter la douleur. Elle recule sans cesse devant la main qui la poursuit. Il faut, à réitérées fois, la ramener sur le bord du lit.

Il y a deux moyens d'éviter à la femme des douleurs prolongées et inutiles, qui sont les conséquences obligées de ces déplacements incessants.

Le premier moyen consiste à renverser en travers de la couche et dans le sens de sa longueur, la première chaise venue, que l'on recouvre d'un matelas ou d'un oreiller. Posée sur ce plan incliné, la malade ne peut plus reculer. Un aide, placé en arrière de la chaise, passe ses bras

sous les aisselles de la patiente, mise ainsi hors d'état de se livrer à aucun mouvement désordonné.

Le second moyen consiste à poser une chaise, dans sa longueur, sur le bord postérieur de la couche. Un aide s'appuie les reins contre le siège, solidement maintenu par la muraille, et écarte les jambes, entre lesquelles est placée la parturiente. Saisie à bras-le-corps par ce même aide, la patiente se trouve très bien maintenue de ce côté.

Arrivons maintenant au manuel opératoire.

Et d'abord, une simple observation. Est-il besoin de le faire observer ? *L'intromission de la main ne doit jamais être effectuée au moment des douleurs. Les tentatives d'extraction*, au contraire, *doivent, autant que possible, correspondre au temps de la systole utérine.*

Conseil très important : *Il ne faut jamais craindre d'engager l'avant-bras trop avant.* Nombre de fois j'ai vu des sages-femmes et des médecins échouer dans leurs tentatives, pour avoir craint de pénétrer trop loin au sein de l'utérus.

Il ne faut pas être retenu par la crainte de causer de la douleur à la femme. La main, une fois engagée, le bras, dans les cas les plus ordinaires, pénètre assez aisément, par cette raison même qu'il est moins volumineux et sans aspérités.

Est-il besoin, encore une fois, d'insister sur un pareil détail ? *Avant de procéder à une telle manœuvre, l'organe, dans sa totalité, sauf la face palmaire de la main, doit être largement enduit d'un corps gras.* Le cold-cream ou l'axonge sont préférables à l'huile.

Dernière remarque d'ordre général : cette opération étant douloureuse pour la patiente, il convient, autant que faire se peut, de la soumettre, au préalable, aux inhalations anesthésiques, qui ont aussi pour avantage de faciliter singulièrement la tâche de l'accoucheur, en déterminant une véritable résolution, non seulement de l'utérus, mais de tout le système musculaire de la malade.

La pratique de la version soulève un certain nombre de questions accessoires d'une importance extrême.

1° *Comment, au sein de l'utérus, reconnaître un pied d'une main.*

La réponse, *a priori*, semblerait facile.

Par le fait, il est souvent fort délicat de se fixer. L'écartement des doigts et surtout du pouce, la longueur de ces mêmes doigts constituent, dira-t-on, les signes caractéristiques de la main, de même que le calcanéum et les malléoles sont les traits distinctifs du pied. Ces notions sont exactes et suffisantes.... à l'œil nu. Au sein de l'utérus, il est loin d'en être de même, et, tous les jours, on voit de bons accoucheurs extraire une main, croyant dégager un pied.

Dans le doute, il est un moyen infaillible de s'éclairer. Ce moyen consiste à tirer hardiment le membre en suspicion hors des organes. En admettant qu'il s'agisse d'une main et non d'un pied, qu'importe ? Le bras extrait artificiellement ne rend en rien la manœuvre de l'extraction plus difficile. Il y a plus : il peut faciliter la tâche de l'accoucheur qui, par cet expédient, aura pu jeter toute la lumière désirable sur le diagnostic. On sait désormais où sont les pieds. On est sûr, en outre, que le membre extrait ne viendra pas, à son tour, compliquer la manœuvre de l'extraction, grâce à la précaution, qu'on ne manquera pas de prendre, de jeter un lacs sur le poignet.

2° *Moyen facile de distinguer un coude d'un genou.*

On est souvent embarrassé quand il s'agit de distinguer un coude d'un genou. Je vais indiquer un moyen facile d'éviter toute confusion. Le moignon du genou, fournissant la sensation d'une surface mousse et arrondie, est dirigé vers l'extrémité céphalique du fœtus. Or, il est toujours aisé de relever la situation de la tête.

La saillie anguleuse du coude regarde vers l'extrémité pelvienne.

Que l'on veuille bien prendre l'attitude fœtale, et l'on verra de suite combien un tel diagnostic est sûr et précis.

### 3° *Du choix de la main.*

Une grande question maintenant se présente, et sa solution, *a priori*, avec les idées reçues, est loin d'être toujours facile.

*Quelle est la main dont il est préférable de faire choix, pour la pratique de la version ?*

La solution de ce problème me semble assez facile. Il ne faut pas oublier la distinction que j'ai établie entre les positions dorso-antérieures et les positions dorso-postérieures. Tout est là, dans les cas difficiles dont nous avons surtout à nous préoccuper ici.

Occupons-nous d'abord des conditions les plus ordinaires.

Lorsqu'elle est pratiquée à un moment rapproché de la rupture des eaux de même que dans certains cas où cette rupture s'est effectuée depuis longtemps, si les parois utérines ont conservé une certaine souplesse, si surtout aussi la partie fœtale n'est pas fortement engagée, la manœuvre de la version devient aussi prompte que facile, alors qu'elle est effectuée selon les règles de l'art.

Et d'abord :

*Dans quelle direction la main, quelle qu'elle soit, doit-elle être introduite ?*

En principe, la main, que ce soit la droite, que ce soit la gauche, est engagée en avant du plan antérieur de l'enfant. La raison en est que c'est vers cette partie, entre les membres fléchis, que se trouve le plus d'espace pour le passage de cet organe.

En outre de cette considération, il en est une autre non moins importante. Le pelotonnement du fœtus doit être fait, autant que possible, dans le sens de la flexion tant des membres que du rachis. En conséquence, pour peu que l'on suive une telle direction, on arrive par la voie la plus directe et la plus sûre vers les membres pelviens. On se trouve ainsi dans les meilleures conditions pour saisir à pleine main soit un pied, soit un genou, et pour opérer, dans le sens le plus convenable, l'évolution du fœtus.

Maintenant, une autre question connexe doit être posée. *De quelle main convient-il de faire choix ?*

Bien que l'on puisse réussir, dans les cas les plus ordinaires, en utilisant la main dont on sait le mieux se servir, il est d'une plus judicieuse pratique de *recourir* aussitôt, pour éviter toute fausse manœuvre, *à la main homonyme de l'organe engagé, et dont la face palmaire correspond au plan antérieur de l'enfant.*

Deux exemples me feront mieux comprendre.

Soit une présentation de l'*épaule droite, dos en arrière: Main droite.*

S'agit-il d'une présentation de l'*épaule gauche, dos en avant ? Main gauche.*

Ces règles si simples permettent de pratiquer rapidement, et sans trop de difficultés, la version pelvienne dans les conditions les plus ordinaires. Mais ces mêmes règles sont insuffisantes dans les cas difficiles, alors, par exemple, que l'accoucheur est appelé plus ou moins longtemps après l'écoulement des eaux, que la partie fœtale est fortement engagée, que l'utérus, enfin, fortement contracté et comme moulé sur l'enfant, ne laisse qu'un espace insuffisant pour l'introduction de la main et du bras, ainsi que pour l'exécution de la manœuvre du pelotonnement.

C'est ici qu'il convient de rappeler la distinction importante que j'ai établie, et les quatre positions du tronc que j'ai adoptées : *présentation de l'épaule droite, dos en avant, dos en arrière. Présentation de l'épaule gauche, dos en avant, dos en arrière.*

Si le dos de l'enfant regarde les parois abdominales de la mère, comme les pieds sont situés dans l'aire postérieure du bassin, la femme devra être maintenue en supination, car c'est dans une telle attitude que la main de l'accoucheur arrive avec le moins de difficulté dans l'aire postéro-supérieure de la matrice où se trouvent les pieds.

Le dos de l'enfant est-il dirigé du côté de la région rachidienne de la mère? Il n'en est plus ainsi. Dans une telle attitude de cette dernière, pour aller à la recherche des

pieds, il faut que l'accoucheur se livre à des efforts plus ou moins pénibles pour ramener la main dans les profondeurs de l'aire antérieure de l'utérus.

Quand le bras et les mains sont au large, cette manœuvre n'est pas trop laborieuse ; mais lorsque ces organes sont serrés ainsi que dans un étau par l'utérus contracté, sans parler de ses dangers pour la mère, c'est une œuvre d'Hercule, que ne peuvent trop souvent accomplir les praticiens les plus habiles.

En pareil cas, il faut modifier l'attitude de la femme, et la mettre dans une position telle, que la main s'engage dans les organes avec la moindre somme d'efforts. Tel est le bénéfice que, dans l'espèce, réalise la posture dite *a retro*, *more ferarum* ou *genu-pectorale*, quel que soit le nom qu'on lui donne.

La patiente est posée sur les genoux et sur une épaule *( tête en bas, siège en haut )*. Dans cette attitude, les organes génitaux externes se présentent à la hauteur de la poitrine de l'opérateur. Posé debout en regard de ces organes, ce dernier dispose de toute sa force et agit de la façon la plus naturelle. Il n'a, en effet, qu'à plonger la main de haut en bas, pour la faire parvenir dans les profondeurs de l'utérus. Par un tel mode, il arrive, sans hésitation, sans coup férir, vers les extrémités pelviennes.

J'ai consacré à cet objet un travail de fond dans le numéro du 1er août 1875 de la *Revue de thérap. méd. chir.* En conséquence, je considère comme inutile d'insister en ce moment davantage sur un mode opératoire que je recommande avec la plus entière confiance. Il n'a jamais encore failli à mon espoir, depuis près de quinze ans que je l'emploie dans les cas particuliers dont il s'agit.

### 4° *Doit-on saisir un pied ou un genou ?*

Lorsque l'on opère au hasard ou sans méthode, on fait comme on peut ; on saisit ce que l'on trouve. Si, au contraire, on se rend bien compte de la manœuvre, *il est préférable de choisir un genou*, et cela par les raisons suivantes :

Comme il est de règle de pénétrer dans le vide laissé entre les membres fléchis, on se trouve plus près des genoux que des pieds, de toute la longueur de la jambe.

Le genou fournit toujours une meilleure prise à l'accoucheur, soit qu'il le saisisse à pleine main, soit qu'il l'embrasse au moyen du doigt recourbé en crochet.

Si l'on agit, enfin, sur le pied, il faut faire exécuter à la jambe un mouvement d'extension, pendant lequel cet organe vient froisser la matrice. Plus d'un accident grave a dû sa cause à une semblable manœuvre, qui est contraire aux saines notions de l'art.

Quant au *choix du genou*, Simpson conseille de saisir le genou supérieur ou opposé à l'épaule qui se présente. Il fait observer que, tirant sur ce genou, on fait effectuer à l'enfant un mouvement de rotation sur son axe, qui facilite beaucoup la manœuvre de l'extraction. Ce conseil me paraît sage. Mais, pour le mettre à exécution, il faut être bien familiarisé avec la manœuvre des accouchements. « Tâchez, dirai-je aux jeunes accoucheurs, tâchez de vous conformer, autant que possible, à ce précepte; toutefois, ne vous préoccupez pas trop d'une telle distinction : *Le genou que vous saisirez sera toujours le bon.* »

### 5° *Faut-il saisir les deux pieds ?*

A part de rares exceptions, la version monopode est de beaucoup préférable, et en voici les raisons :

D'abord, il est toujours plus facile de saisir un pied que deux. En second lieu, en tirant sur un seul de ces organes, l'autre se relève contre le thorax, et le corps de l'enfant affecte la forme d'une espèce de cône assez régulier, qui opère la dilatation graduelle de l'orifice cervical. Grâce à cette distension progressive, le col s'efface davantage, et on est moins exposé à voir l'orifice, insuffisamment ouvert, s'opposer au passage de la tête.

Dernière et capitale considération : dans l'extraction monopode, la chute, la compression du cordon se trouvent moins à craindre. La vie de l'enfant, par là même, est moins exposée aux dangers résultant d'une interruption de la circulation funiculaire.

6° *Quel pied est-il plus avantageux de choisir ?*

Je considère un tel choix comme assez indifférent. Si l'on est assez familiarisé avec les manœuvres des accouchements pour se rendre compte de ce que l'on fait, il faut choisir le pied qui permettra de tirer dans le sens de l'adduction du membre, et dans celui de la flexion antérieure du tronc. Si l'on n'est pas à même de se rendre un compte exact de la position, il faut saisir le premier pied qui tombe sous la main : *ce sera toujours le bon pied.*

En principe, cependant, il faut préférer le pied antérieur, celui qui est le plus proche du pubis.

7° *De quelle façon saisir le pied, lorsque l'on a de la peine à l'extraire en dehors des organes sexuels ?*

Rien n'est souvent si difficile que d'entraîner le pied hors des organes générateurs. Cet organe est si petit, qu'il offre fort peu de prise à la main. Il est si lubrifié que, dès que son entraînement exige le moindre déploiement de force, il glisse incessamment entre les doigts. Pour le saisir avec solidité, il est alors nécessaire de jeter un lacs sur la région malléolaire, dans l'intimité même des organes. En cette vue, de nombreux instruments ont été proposés. Leur manœuvre est à ce point délicate et incertaine, que je ne vois nullement la nécessité d'augmenter encore, de ce chef, l'encombrement, déjà si grand, de l'arsenal obstétrical. Mieux vaut donc s'en tenir aux procédés manuels. Voici de quelle façon il convient de s'y prendre, pour effectuer, par un lel mode, une manœuvre qui, je n'ai pas besoin d'en faire la remarque, n'est pas sans exiger une certaine dextérité.

Le premier bout de filet plat ou de galon, d'une longueur de près d'un mètre, peut être utilisé à cet effet.

On le plie en deux, de manière à obtenir une anse et deux chefs. Un aide entoure de ce lacs doublé l'avant-bras de l'accoucheur, dont les doigts ont saisi le pied de l'enfant. Les deux chefs sont engagés dans l'anse formée par le plein

de la bandelette, de manière à constituer une bouclette coulante. Cette disposition prise, il ne s'agit plus que de faire glisser cette bouclette jusque sur le cou-de-pied de l'enfant. Cette manœuvre est facile jusqu'à la vulve. Dans l'intimité des organes, elle est beaucoup plus délicate. Voici ce qu'il faut faire pour conduire le lacs jusque sur la partie fœtale où doit être opérée la striction.

L'anneau coulant arrivé à la vulve, sur le poignet de l'accoucheur, — dont la main n'a pas lâché le pied un seul instant, — un ou deux doigts de la main restée libre sont seulement utilisés pour faire remonter le lien jusqu'au delà des métacarpiens. Il peut se faire alors que quelques mouvements des doigts, qui embrassent toujours le pied, suffisent pour le faire glisser jusqu'au delà de la région malléolaire.

Si cette manœuvre est inexécutable, on peut avoir recours à un aide adroit et intelligent. qui à l'aide d'un ou deux doigts, agit à l'instar de l'accoucheur et du côté opposé.

Grâce à cet expédient qui, je n'ai pas besoin de le dire, exige une certaine adresse, on peut arriver à porter le lacs jusque dans les profondeurs des organes sexuels.

L'anneau parvenu sur le cou-de-pied, l'aide tire sur les chefs qui pendent hors de la vulve, et l'accoucheur lâche le pied, après s'être assuré que le lacs est bien placé.

Les tractions se font sur le lacs, jusqu'à ce que le membre dégagé fournisse une prise suffisante à la main. A partir de ce moment, c'est sur ce membre qu'il convient d'agir exclusivement.

Pour opérer les tractions, est-il besoin de le répéter ? il faut, autant que possible, attendre le moment d'une contraction utérine.

Deux précautions sont à prendre pour mener à bien la manœuvre de l'extraction. La première consiste *à tirer le plus en bas que possible et dans le sens des axes*. La seconde concerne le mode de traction. *Il faut, autant que possible, tirer, non sur les articulations, mais sur la diaphyse des membres*, en ayant soin de rapprocher les mains et les

pouces posés sur la partie antérieure de ces membres, le plus près possible de l'orifice vulvaire.

8° *Quelle manœuvre convient-il de faire lorsque l'extraction est rendue impossible par suite de l'enclavement de la partie engagée ?*

Dans la présentation du siège, lorsque les pieds sont près de la vulve, l'extraction est souvent difficile, faute d'espace pour le déploiement, l'extension des cuisses. En pareil cas, il faut recourir à un expédient aussi simple que sûr. *En même temps que, d'une main, l'on tire sur les pieds, de l'autre, il faut repousser les fesses.*

Il en est ainsi dans l'extraction monopode, dont nous faisons en ce moment l'étude. Assez souvent il arrive que le pelotonnement du fœtus ne peut se produire. Trop souvent, en pareil cas, de malencontreux accoucheurs ont opéré des tractions assez énergiques pour arracher un membre.

*En pareil cas, la brutalité n'est jamais de saison.* Il faut chercher la cause qui s'oppose à l'extraction de l'enfant. Or, dans l'espèce, cette cause tient presque toujours à l'enclavement occasionné par la tête qui, fortement engagée dans le bassin, y produit l'effet d'une corde à nœud.

Il est d'ordinaire assez facile de sortir de cette impasse. Il suffit pour cela, *en même temps que d'une main on tire*, selon la nature de la prise, *soit sur le membre, soit sur le lacs, de refouler de l'autre main la tête au-dessus du détroit supérieur.*

Si cette manœuvre, par les difficultés qu'elle comporte, ne peut être exécutée par le seul accoucheur, il peut confier à un aide le soin d'opérer la traction sur le membre, pendant qu'il effectue lui-même le refoulement de la tête.

### 9° *Du dégagement des bras.*

*C'est toujours le bras postérieur qu'il convient de dégager le premier.* La raison en est simple ; c'est de ce côté qu'il y

a le plus d'espace et que l'opération est le plus facile. Pour faciliter la manœuvre, il faut envelopper le corps de l'enfant d'un linge chaud, et le relever soi-même si c'est possible, sinon, le faire relever fortement par un aide vers le ventre de la mère. Cette manière de faire a un double but : elle laisse de la place à la main et tend à abaisser la région axillaire, c'est-à-dire à la rendre plus accessible.

Lorsque cette opération est faite trop précipitamment ou avec peu de précaution, il est très facile d'opérer une fracture de l'humérus. Pour éviter cette accident, il est deux façons de procéder.

La première consiste à agir sur la partie la plus éloignée du bras de levier constitué par le bras de l'enfant. A cet effet, il faut porter le pouce dans l'aisselle, et poser l'index et le médius aussi loin que possible vers le pli du coude.

Si l'on prend son appui au milieu de l'humérus, pour peu que l'on rencontre quelque résistance dans le dégagement de l'organe, on est presque certain d'opérer la fracture de cet os délicat.

Le second procédé est plus sûr encore dans les cas difficiles, et c'est à lui que j'ai le plus volontiers recours, lorsqu'il y a quelque péril en la demeure, car il est plus rapide. Il consiste à pénétrer à pleine main au sein de l'excavation, pour y saisir le coude. On agit de la sorte sur le point le plus extrême du levier, que l'on n'est plus exposé à fracturer, et le dégagement s'effectue en quelques instant avec la plus grande facilité.

Le dégagement du *bras antérieur* devient beaucoup plus facile après l'extraction du bras postérieur. Pour faire plus de place, on abaisse fortement en arrière le corps de l'enfant et l'on va prendre un point d'appui avec un ou deux doigts courbés en crochets aussi loin que possible. vers la région du pli du coude. On évite ainsi presque sûrement la fracture de l'humérus.

Si, dans le cours de ces manœuvres, on a le malheur de fracturer un bras, il suffit d'appliquer sur cet organe un petit appareil contentif, dont une mince feuille de carton, ou une carte à jouer et la première bandelette

font tous les frais. Au bout de quinze jours, la consolidation est complète.

10° *Croisement d'un bras en arrière.*

Simpson, Cazaux et Barnes ont surtout attiré l'attention sur ce cas de dystocie. Ce déplacement se produit surtout dans les accouchements par le siège, et dans la manœuvre de la version, lorsque l'on commet la faute de faire tourner l'enfant sur son axe.

Est-il besoin de le rappeler ? C'est pour cette raison qu'il faut se garder de réduire un bras prolabé. En le fixant par un lacs, on peut le laisser remonter librement pendant la manœuvre; on est sûr, grâce à cette précaution, d'en opérer aisément l'extraction, et de s'opposer, plus tard, à son déplacement en arrière de la tête.

Lorsque cette complication s'est produite, le meilleur moyen de dégager l'organe consiste à tirer fortement le corps de l'enfant en arrière, pour faire de la place aux doigts, avec lesquels on va accrocher l'épaule et abaisser le bras. Si cette manœuvre ne réussit pas, Barnes conseille de dégager l'autre bras d'abord, pour faire de la place. Dans les cas, enfin, où toutes les tentatives restent sans résultat, l'auteur anglais conseille d'opérer la perforation du crâne, en vue de ménager plus d'espace pour le passage des organes, à la suite de l'évacuation d'une partie de la substance cérébrale.

**2° Des présentations de l'épaule, sans ou avec issue du bras. — De l'évolution podalique ou pelvienne artificielle.**

Bien que ce sujet ait été implicitement traité dans le chapitre précédent, en raison de son importance, je crois devoir lui consacrer un paragraphe spécial.

Et d'abord, une remarque d'ordre général, applicable à toutes les positions vicieuses (présentations transversales, présentations inclinées de la tête, présentations du siège, etc.).

Il nous arrive quelquefois d'être appelés pour terminer un travail comptant trois, quatre, cinq jours après l'écoulement des eaux.

Quand il s'agit d'une présentation régulière du sommet, comme l'obturation de l'orifice cervical est assez exacte, l'air a peine à s'introduire au sein de l'utérus et ce n'est que par exception que l'on a à compter avec les accidents liés à la putréfaction.

Quand, au contraire, par le fait d'une présentation vicieuse quelconque, l'air a accès dans l'œuf et dans l'organe gestateur, on a à craindre le développement des plus formidables complications. Si l'enfant vient à se putréfier, il peut se produire un emphysème, qui, en développant son volume, est susceptible de rendre son extraction plus ou moins laborieuse.

Ce n'est pas tout. Les produits de la putréfaction non seulement engendrent l'infection putride, mais encore dégagent des gaz qui enlèvent à l'organe toute puissance contractile.

Un fait qui s'est passé, il y a quelques années, dans ma pratique, mettra mieux en relief les dangers que je signale.

— Je fus un jour appelé, par une sage-femme, pour terminer un travail comptant cinq jours d'invasion. Des organes génitaux s'exhalait l'odeur la plus infecte. L'utérus, très développé, fournissait à la percussion un son clair et tympanique. En pratiquant le toucher, je constatai au détroit supérieur une présentation de l'épaule, qui avait été prise pour la tête.

Bien que les eaux fussent écoulées depuis longtemps, je pus extraire, sans trop de difficultés, par la version, un enfant putréfié, dont le volume était exagéré, par le fait d'une infiltration généralisée.

Quelques jours après, la pauvre femme était emportée par le développement des accidents septicémiques.

En matière d'accouchements, la temporisation est presque toujours une pratique dangereuse. Elle devient de tous points condamnable dans les présentations vicieuses, alors surtout que l'on a acquis l'assurance de la mort du produit.

Dans le cas qui précède, l'erreur a été commise par une sage-femme. Les praticiens quelque peu exercés pourraient croire que rien n'est plus facile que de distinguer une tête d'une épaule? Plusieurs fois, cependant, j'ai été appelé en aide par des médecins qui avaient commis une telle confusion. A l'appui de cette assertion, je me contenterai de rappeler le fait suivant :

— Le 19 février 1876, je fus appelé par le docteur X., praticien recommandable par une longue expérience, auprès d'une secondipare qu'il avait vainement essayé de délivrer, ainsi qu'il l'avait fait, à grand'peine, dans une première couche, par une application de forceps. L'enfant avait été extrait privé de vie. Cet honorable confrère me recommandait, dans une note, de ne pas oublier mon rétroceps, dont le présent cas lui paraissait particulièrement justiciable.

Cet instrument ne me fut d'aucun secours, par la simple raison qu'il ne s'agissait pas d'une présentation de la tête, mais d'une présentation du coude. Pendant le temps qui s'était écoulé depuis l'intervention de mon confrère, une présentation de l'épaule avait bien pu se convertir en une présentation du coude?...

Une version assez laborieuse se termina par la naissance d'un enfant vivant.

Cette dame est affectée d'un rétrécissement à 0,085 du détroit conjugué. Je l'ai, depuis, accouchée deux fois avec le rétroceps. Ces trois enfants sont aujourd'hui pleins de vie [1].

Je pourrais relever un certain nombre de cas semblables, où des praticiens recommandables ont confondu l'épaule, le siège avec la tête, le siège avec la face. C'est bien le cas de le dire : *quiscumque vestrum sine peccato est....*

Faut-il s'étonner de la fréquence de ces erreurs, lorsque l'on songe de quelle façon se pratique, dans nos écoles, notre éducation obstétricale? Après tout, on ne saurait le

[1] V. dans la *Revue de thérap. médico-chir.*, n° du 23 mai 1880: *Les quatre accouchements de Mme G.*

nier, chacun de nous est doué d'aptitudes particulières. Tel pourra être un excellent médecin, qui ne sera jamais qu'un bien triste accoucheur.

Je ne reviendrai pas sur ce que j'ai dit, dans le précédent chapitre, sur la pratique de la version. Je l'ai répété à toute occasion : elle constitue pour moi une *opération de nécessité*, car elle entraîne des dangers de toutes sortes pour l'enfant et pour la mère.

Parlerai-je de l'accoucheur? Pratiquée tardivement, ainsi que cela n'arrive que trop souvent, elle peut être devenue une des plus laborieuses manœuvres de la chirurgie obstétricale.

Dubois aimait à raconter, dans ses cours, qu'un jour il avait été appelé à accoucher de la sorte une riche maraîchère. La couche de la malade était fort basse. Dubois jugea inutile de perdre du temps à l'exhausser. Il se livra à de tels efforts, que la jeune femme allait elle-même porter des légumes au marché, alors que son accoucheur, qui avait été obligé de prendre le lit, était encore en proie à de douloureuses courbatures.

Je désire, maintenant, attirer l'attention d'une façon toute spéciale sur un des points les plus épineux de la pratique obstétricale.

Chacun l'a déjà compris : Je veux parler de la *présentation de l'épaule, avec issue du bras.*

Dans les cas dont il s'agit, les difficultés de la version sont souvent telles, que l'accoucheur qui n'est pas passé maître dans son art n'est que trop exposé à perdre la tête. C'est alors, parfois, qu'il se livre aux pratiques les plus préjudiciables à la mère et à l'enfant, les plus compromettantes pour lui-même.

Qu'un cas de cette nature se présente dans la pratique d'un accoucheur peu expérimenté, que ses tentatives de version demeurent infructueuses, presque invariablement, on peut le dire, germe dans son esprit la plus malencontreuse des idées. Il songe à *désarticuler le bras*, espérant, par cette mutilation, se frayer un plus facile passage !

Or, sans parler des graves conséquences auxquelles il s'expose, en agissant de la sorte, il n'a fait que compliquer la situation, et se priver d'un précieux élément de succès, en enlevant un membre qui eût pu lui devenir bientôt d'une grande utilité, pour l'extraction du tronc.

Cette idée de la désarticulation du bras, je le répète, est si naturelle chez un débutant, qu'il en est peu parmi ceux d'entre nous qui ont reçu une éducation obstétricale incomplète (et ceux-là sont assurément les plus nombreux), qu'il en est peu, dis-je, qui n'aient à se reprocher cette lourde faute. A ce sujet, je dois commencer moi-même par faire mon *meâ culpâ*.

— Dans les premiers mois de ma pratique, je fus appelé par une sage-femme pour un cas de cette nature. N'ayant aucune expérience de la version, j'enfonçai à plusieurs reprises, mais fort discrètement, la moitié seulement de l'un, puis de l'autre avant-bras, dans les organes maternels, pour aller à la recherche des pieds, que je ne pouvais trouver à cette hauteur, cela va de soi-même. Une demi-journée se passa de la sorte. En désespoir de cause, je me décidai à désarticuler le bras ! Mes tentatives d'extraction n'en furent pas plus heureuses, et 24 heures après mon arrivée auprès d'elle, cette malheureuse succomba entre mes bras, victime de mon impéritie . .

Pour mettre le comble à mon imprudence, je proposai et pratiquai l'opération césarienne, quelques instants après la mort. Par bonheur pour moi, l'enfant était mort et bien mort. L'utérus était rempli de sang, ce qui me porte à attribuer la catastrophe à une hémorrhagie interne.

Le ciel, pour moi, dans le cas qui précède, s'est montré tutélaire ! D'autres praticiens novices ont été moins heureux.

— Il y a une dizaine d'années, à cinq mois d'intervalle, deux médecins français, l'un de Fécamp, le Dr Hélie (1),

(1) Voir les numéros du 1er et du 15 juin 1879 de la *Revue de thérapeutique*.

l'autre des régions du midi, si j'ai bonne mémoire, ont dû apprendre, à leurs dépens, tout ce qu'a de dangereux pour l'accoucheur une telle pratique. Tous les deux pratiquèrent la désarticulation scapulo-humérale : tous les deux retirèrent du sein de l'utérus un enfant vivant ! Les familles intentèrent un procès aux pauvres accoucheurs, qui furent condamnés à servir aux victimes une pension viagère. *Nunc erudimini !...*

Il ne faut pas croire, du reste, que cette idée si malencontreuse ne se présente à l'esprit que des accoucheurs jeunes et inexpérimentés.

— Il y a deux ans, à ma stupéfaction extrême, j'ai vu se passer sous mes yeux un fait analogue, dans la pratique d'un vieux médecin, jouissant d'une légitime notoriété dans les accouchements.

Ne pouvant pratiquer la version dans un cas de présentation de l'épaule, avec issue du bras, il a jugé convenable de désarticuler l'organe. Comme il est de règle, l'opération n'en est pas devenue plus facile. Déclarant la délivrance impossible, l'accoucheur en question a pris congé de la malade, en la déclarant perdue, sans aucun espoir.

La pauvre femme a vécu encore 24 heures après ce lâche abandon.

La confiance qu'on avait en ce médecin dans le pays était telle, qu'il a été cru sur parole. Aucun autre confrère n'a été appelé. A quoi bon ? Le Dr X. ne s'était-il pas prononcé ?

—Dans son numéro du 9 février 1881, la *Gazette des Tribunaux* nous fait assister à un de ces drames qui semblent se perpétuer à l'infini, malgré les cris d'alarmes qui ne cessent de se faire entendre de toutes parts.

Le drame en question a eu, le 22 mai 1880, pour triste héros le docteur X., « médecin jouissant d'une grande réputation d'accoucheur », dans un des chefs-lieux de l'arrondissement du Puy. La femme Pagès était primipare et l'enfant se présentait par le bras, qui offrait un aspect violacé. *Sans procéder à l'auscultation, sans faire aucune tentative de version*, le Dr X. pratiqua aussitôt l'amputa-

tion du bras, puis il effectua l'extraction manuelle. L'enfant, réputé mort, fut enveloppé dans un linge et posé dans un coffre, dont le couvercle fut refermé. Une demi-heure après on entendit des vagissements. L'enfant, retiré du coffre, vécut encore 24 heures...

Traduit devant le tribunal correctionnel du Puy, reconnu coupable d'homicide par imprudence, avec admission de circonstances atténuantes, le Dr X. a été condamné à 200 francs d'amende et aux dépens...

Que ces faits malheureux se gravent bien dans l'esprit de chacun, et que ce précepte capital ne sorte jamais de la mémoire : *Dans les cas de présentation de l'épaule, avec issue du bras, si les tentatives de version restent sans effet, ne jamais pratiquer la désarticulation du membre.*

*A quelle pratique convient-il donc de recourir en pareils cas ?*

Avant d'en venir à la suprême ressource de l'embryotomie, il est encore un mode auquel il convient de recourir, l'enfant même fût-il privé de vie. Ce procédé, en effet, quand on peut le mettre en œuvre, est d'une exécution plus rapide, et il exerce sur les esprits une impression bien moins fâcheuse. Ce mode consiste à pratiquer artificiellement l'*évolution podalique* ou *pelvienne*.

« Si un peu de *vis a fronte*, dit Barnes (leçons sur les opérations obstétricales, p. 201), peut suffire à suppléer au défaut de *vis a tergo*, nous pouvons imiter Péu, qui, dans un cas d'évolution spontanée qui s'avançait, passa une corde autour du corps du fœtus, pour tirer dessus, et aider à la flexion du tronc. »

C'est à un procédé analogue qu'a eu deux fois recours le Dr Guillon, de Royan (1). Une première fois, appelé trop tard, et après des tentatives de version aussi laborieuses que stériles, il a pu, en quelques instants, opérer l'extraction et sauver du moins les jours de la mère. Une seconde fois, son intervention ayant été réclamée en temps

(1) *In Revue de thérapeutique médico-chirurgicale.* No du 1er février 1874.

opportun, il a été assez heureux pour obtenir, sans trop de peine, le succès le plus complet.

Le procédé utilisé par le Dr Guillon, dans ces deux cas, est fort simple. Il consiste à passer d'une main, au-dessus du tronc, un long lacs, qui est saisi à l'opposite au moyen de l'autre main. Pour faciliter la manœuvre, et pour trouver plus aisément l'extrémité du lacs, il est bon de former un nœud à l'extrémité du chef engagé. Les chefs, une fois rassemblés, le fœtus se trouve saisi, par le milieu du corps, par une anse sur laquelle on opère de fortes tractions. Sous l'influence de ces tractions, le lacs glisse jusqu'à ce qu'il rencontre un obstacle, soit les aînes, dans les positions dorso-antérieures, soit les jarrets dans les positions dorso-postérieures.

Deux fois cette évolution s'est accomplie sans peine entre les mains de notre confrère.

Il va de soi-même que, pendant que, d'une main, l'on opère les tractions sur le lacs, l'autre main doit être utilisée pour refouler le bras ou l'épaule.

Si ce mode d'évolution reste inefficace, il n'est plus qu'une unique ressource pour débarrasser la mère. Cette *ultima ratio*, c'est le *morcellement du produit*.

Avant d'aborder cette dernière question, je crois bon de rappeler un expédient trop oublié, et dont on peut retirer un excellent parti, dans tous les cas où la version est rendue difficile par suite de la contraction de l'utérus, et de l'insuffisante lubréfaction des organes.

Je veux parler des *injections intra-utérines mucilagineuses*.

On fait préparer une décoction bien onctueuse avec du son, de la racine de guimauve, des graines de lin. L'injection se pratique au moyen d'une grosse sonde de caoutchouc, engagée le plus avant possible au sein de l'utérus.

Ce liquide a un double avantage : il agit en tant qu'émollient et mucilagineux. Grâce à cette précaution si simple, l'utérus devient plus aisément accessible, et les manœuvres de l'extraction sont rendues plus faciles, en même temps que moins nocives.

Avant d'en venir à un parti extrême, il convient donc toujours d'avoir recours à cet expédient, qui peut être couronné de succès. N'en fût-il pas ainsi, une injection mucilagineuse ne peut que faciliter l'exécution des manœuvres ultérieures qui constituent, pour la patiente, une dernière ancre de salut.

**3° De la décollation, de la détroncation, de l'éviscération, de la spondylotomie, dans les présentations transversales.**

Lorsque l'accoucheur a vu échouer toutes ses tentatives d'extraction par les manœuvres de la version ou de l'évolution, il ne lui reste plus que deux ressources suprêmes : *L'opération césarienne* et *l'embryotomie.*

Comme, dans le cas dont il s'agit, il est très rare que l'enfant soit encore vivant, il ne saurait être question de la première opération, qui n'est applicable que lorsqu'il y a chance de sauver deux existences. Nous n'avons donc à nous occuper ici que de la seconde. Or, quels sont les moyens les plus sûrs, les plus prompts, les plus faciles et en même temps les moins dangereux pour la mère, dont nous pouvons disposer pour la débarrasser du produit de la conception ?

Lorsque le cou est accessible, le procédé le plus facile et le plus rapide, c'est la *décapitation*, ou *décollation.*

De nombreux instruments ont été employés pour effectuer cette opération. Les uns agissent seuls ; les autres sont utilisés pour passer autour du cou le cordonnet, le fil de fer ou la chaînette qui en doit opérer la section.

1° Celse, Ambroise Paré, Guillemeau, etc., employaient un couteau courbe, rappelant assez bien la serpette des jardiniers. — Levret, Smellie, P. Dubois utilisaient de longs et forts ciseaux.—Ramsbotham a modifié la serpette des anciens et en a fait le crochet à lame tranchante qui porte son nom. — L'embryotome de Jacquemier est constitué par un crochet mousse cannelé, dans lequel glissent à volonté, et successivement, une série de lames ou de scies articulées.

Le professeur Braun, de Vienne, a fait connaître, en 1861, un crochet spécial, d'une forme analogue au crochet mousse du forceps. Cet instrument, courbé à son extrémité, selon un angle de 45°, est terminé par un bouton olivaire.

Son effet est de produire la luxation des vertèbres, par le fait de mouvements assez énergiques de rotation imprimés au crochet, et combinés avec des tractions de haut en bas sur son axe.

Assurément ce procédé se recommande par sa simplicité. Mais on ne saurait méconnaître que son exécution n'est exempte ni de difficultés pour l'opérateur, lorsque le cou est peu accessible, ni de dangers de traumatisme pour la mère.

2° A la seconde catégorie appartiennent les procédés suivants : Van Der Eycken emploie un crochet creux, parcouru par une scie à chaînettes.

Hubert se sert du crochet du forceps, pour appliquer l'écraseur linéaire de Chassaignac. — Heyerdhal, de Bergen (Norwège), fit connaître en 1856, le procédé de décollation à la *ficelle*, connu plus généralement sous le nom du professeur Pajot. L'éminent professeur de Paris n'aurait fait connaître qu'au mois de juin 1863 (*Bull. de l'Acad. de méd. de Paris*), ce procédé, à son dire, depuis longtemps par lui enseigné dans ses cours.

Je laisse à qui de droit le soin de trancher une question de priorité, qui, pour le praticien, ne présente que l'intérêt le plus secondaire.

Dans ces derniers temps, enfin, le professeur Hyernaux, de Bruxelles, a inventé un crochet mousse articulé, représentant assez bien un long et puissant doigt d'acier à quatre phalanges, muni de ses tendons fléchisseurs et extenseurs L'instrument s'introduit droit, puis se recourbe sur la partie fœtale, au moyen du cordon fléchisseur, ainsi que le ferait un doigt agissant en manière de crochet (1).

(1) *Journal de méd. de Bruxelles*, juin 1875, p. 509.

Cet instrument est à double effet. Il peut être utilisé en tant qu'agent de traction sur le cou, sur l'aine, sur le coude, sur le maxillaire inférieur, et de décollation.

A ce dernier effet, il est introduit, en avant du cou, à l'état d'extension. Puis on le fléchit, de manière à contourner la région cervicale; celle-ci de la sorte embrassée, on pousse un ressort cheminant dans le canal central de l'instrument et l'on fait arriver lors de la vulve un bouton terminal, auquel on fixe une ficelle ou une chaine d'écraseur. Le crochet est alors étendu et son retrait entraîne l'agent de traction, qui sert à effectuer la section du cou.

De nombreux modèles de crochets soit rigides, soit articulés, ont été présentés. Au dire de son auteur, ce serait celui du professeur Wasseige qui présenterait la plus grande somme d'avantages.

Ce mode de sercission cervicale se recommande généralement, par la facilité de sa mise en œuvre et par la rapidité de son exécution; mais il a un tort, celui de nécessiter l'adjonction, dans l'arsenal obstétrical, d'un instrument d'un prix assez élevé (il coûte une trentaine de francs) et dont on a rarement occasion de se servir.

C'est pour de telles raisons que je n'insisterai pas davantage sur les procédés que comporte l'emploi d'instruments compliqués, onéreux, susceptibles de se détériorer aisément et dont, en fin de compte, il est possible de se passer.

Je dirai seulement quelques mots sur les procédés les plus simples, et dont on peut trouver plus aisément les éléments sous la main.

Le mode de décollation, sinon le plus expéditif, du moins le plus habituellement employé, est celui qui consiste à faire usage des *longs ciseaux courbes de Paul Dubois.* Voici de quelle façon il convient de procéder :

Si le cou est accessible, on l'abaisse le plus possible, avec un ou deux doigts appliqués à sa racine, en forme de crochet.

Si la région cervicale est trop élevée, si le doigt n'a pas

une force suffisante pour abaisser l'organe, il faut tenter d'y suppléer en faisant usage d'un crochet mousse. Le cou, abaissé autant qu'il est possible, on en pratique la section à petits coups de ciseaux, en ayant bien soin de ne pas atteindre les organes maternels.

La section du cou opérée, on tire sur le bras prolabé et l'on extrait assez aisément le tronc de l'enfant. Quant à la tête, on en opère ensuite l'extraction selon l'un des modes dont nous avons parlé, lorsqu'il a été question de la *Tête dernière.*

La méthode dite de Dubois est très simple... dans les livres ; mais, en réalité, elle est d'une exécution délicate et laborieuse. Elle n'est pas non plus sans dangers, tant pour la mère que pour l'accoucheur. L'une et l'autre, en effet, ne sont nullement à l'abri de l'action vulnérante des ciseaux.

La méthode de Heyerdal, ou de Pajot, (*section au moyen de la ficelle*), quel que soit le nom qu'on lui donne, est de beaucoup préférable, tant par son innocuité que par sa rapidité. En outre, elle n'exige l'emploi d'aucun instrument spécial. A défaut de la disposition *ad hoc* de l'un des crochets du forceps, à défaut d'un crochet à effets multiples, ainsi que celui dont je me sers moi-même, on peut tirer parti, en tant que porte-ficelle, du premier fil de fer, de la première tige de baleine, dont on prépare extemporairement un crochet, coudé au gré de l'accoucheur. Assez souvent même, il devient possible de passer avec les seuls doigts, autour du cou, la ficelle à l'extrémité de laquelle on a eu soin de pratiquer un nœud, permettant de la saisir plus aisément en arrière de l'organe. Nul mode opératoire n'est donc plus simple à mettre en usage, en ce sens qu'on a partout sous la main les éléments nécessaires pour en faire l'application.

Je dois dire, cependant, que ce mode opératoire n'est pas toujours d'une exécution facile. Bien que le professeur Pajot ait pu faire usage de son crochet à balle de plomb, dans un cas de rétrécissement à 0,05 du détroit supérieur, tous les accoucheurs ne sont pas doués d'une égale habileté,

et c'est avec raison que Hyernaux a fait remarquer que, lorsque l'on se trouve à l'étroit, il n'est pas du tout facile de diriger à volonté une tige métallique recourbée.

Il est incontestable que de telles manœuvres ne sont nullement le fait des accoucheurs novices.

Le crochet, une fois pourvu de sa balle terminale, peut être introduit en avant ou en arrière du cou de l'enfant. Le professeur Pajot préfère le faire pénétrer par derrière, parce que là se trouve plus d'espace pour sa manœuvre. Le crochet est introduit, la pointe, ou mieux, la balle dirigée vers un des côtés du bassin. Cette partie arrivée à la hauteur du cou, on retourne l'instrument, de telle sorte que la concavité du crochet corresponde à la région cervicale de l'enfant. Celle-ci une fois embrassée, on lâche la ficelle qui retient la balle, et souvent cette dernière tombe d'elle-même par son propre poids. S'il n'en est pas ainsi, on presse avec un ou deux doigts sur la partie antérieure du cou, pour faire de la place : au besoin, on va, avec la main, à la recherche de la balle de plomb.

Si l'on agit d'avant en arrière, il faut exécuter les mêmes manœuvres, en sens inverse. En procédant de la sorte, le crochet une fois placé, la balle est plus facile à saisir.

Si l'on ne réussit pas dans un sens, on s'efforce de réussir dans l'autre. En un mot, il n'est pas de règle fixe; *en pareil cas, et toujours, si l'on ne peut faire ainsi que l'on veut, on fait comme l'on peut.* La grande affaire, c'est d'arriver au but.

Le cordonnet passé autour du cou, on enroule chacune de ses extrémités autour de l'une et de l'autre main, et on lui imprime des mouvements de va-et-vient qui, lorsqu'ils agissent dans une bonne direction, opèrent la section du cou en moins d'une minute.

Si l'on craint, dans le cours de ces rapides manœuvres, de blesser les organes maternels, on les protège soit au moyen du spéculum plein, soit au moyen de deux manches de cuiller.

A titre de renseignement, j'ajouterai que le fil à fouet

gris doit être préféré au blanc qui, passé à la chaux, offre moins de solidité.

La section du cou est vite opérée lorsque la ficelle agit dans un sens convenable, c'est-à-dire perpendiculairement à l'axe cervical.

Dans ces mêmes conditions, l'extraction du tronc devient facile. Il suffit, en effet, pour l'obtenir, de tirer sur le bras prolabé. Mais il ne faut pas croire que, sur le vivant, une telle opération puisse toujours être effectuée avec la rapidité, la netteté et la précision d'une expérience d'amphithéâtre. D'une part, il est quelquefois très difficile de passer la ficelle. Ce premier temps effectué, il se peut faire aussi que l'agent de section s'égare dans les téguments de l'épaule. En pareil cas, non seulement la manœuvre devient plus laborieuse et partant plus lente, mais encore les suites de l'opération sont loin de se présenter dans les conditions de facilité auxquelles on aurait cru devoir s'attendre.

Un fait de cette nature, publié par un des plus zélés partisans de cette méthode, le professeur Hyernaux, de Bruxelles, dans le numéro d'août et septembre 1875 des *Annales de la Société de médecine de Gand*, montre combien, dans certains cas, sa mise en œuvre est susceptible de donner de la tablature à l'accoucheur le plus expérimenté.

Dans le fait dont il s'agit, la ficelle, suivant une mauvaise direction, avait entamé la plus grande partie des téguments de l'épaule. Dès la première traction, le bras resta dans la main de l'opérateur. La version fut alors essayée, mais il fut impossible d'accrocher ni cuisse, ni jambe. Comme l'enfant était du genre féminin, le doigt put être enfoncé dans le vagin; un bon appui fut pris sur le pubis, ce qui permit d'attirer le siège, puis d'opérer l'extraction du corps.

Restait la tête. Le maxillaire, accroché avec l'index et le médius, ne tarda pas à se fracturer. La tête, embrassée à pleine main, un doigt fut engagé dans un orbite et, par une véritable application de la rétrocepsie manuelle,

l'organe fut enfin entraîné hors des parties maternelles.

Pour terminer l'histoire de cette triste opération, la malade succomba le lendemain. Le succès de ces laborieuses manœuvres avait donc été complet !!

Lorsque de tels résultats se produisent dans la pratique de maîtres éminents, que doit-il donc se passer, lorsque des accoucheurs insuffisamment exercés se trouvent en présence de ces graves difficultés tocologiques ?

*Simplification du procédé de la ficelle* du Dr Bleynie (1). Abaisser le cou avec le crochet mousse du forceps, maintenu par la main d'un aide.

Choisir une ficelle bien tordue, grosse comme une plume d'oie et pourvue d'un nœud terminal, qu'on pousse d'une main et qu'on saisit de l'autre main, une fois dépassée la courbe cervicale.

Réunir les deux chefs par un nœud solide. Passer dans l'anse un court et fort bâtonnet et constituer un tourniquet, pour imprimer aux chefs un mouvement de torsion, tout en tirant, pour empêcher leur recoquillement : section en quelques secondes.

Le Dr Bleynie a employé deux fois avec succès ce procédé.

Lorsque la région cervicale de l'enfant n'est pas accessible, il faut renoncer à la décollation, manœuvre qui, en général, ne présente pas une difficulté extrême d'exécution.

En pareilles conditions, il y a lieu de recourir à divers modes opératoires plus ou moins complexes.

Le plus simple consiste à effectuer la *détroncation au moyen de la ficelle*, passée autour du tronc, à l'aide du crochet ou de tout autre mode. La section du tronc, qui demande quatre ou cinq minutes, une fois opérée, on effectue avec des crochets ou une tenette, l'extraction de chacune des parties de l'enfant.

(1) *Journ. de la Soc. de méd. de la Haute-Vienne* et *Journ. des sages-femmes du* 1er août 1880.

Une autre méthode, conseillée par le Dr Lee, est l'*éviscération*. Cette opération s'exécute ainsi qu'il suit :

Avec un perforateur ou des ciseaux, on pratique une incision longitudinale comprenant toute l'étendue de la paroi thoracique ou même abdominale. On arrache ensuite à pleine main ou avec une large et forte pince, cœur, poumons, foie, viscères abdominaux. Puis, à l'aide d'un crochet mousse ou d'une pince à craniotomie, on va chercher un appui sur la région vertébrale, et l'on entraîne l'enfant plié en double.

Cette opération est d'une longueur extrême. Elle peut parfois demander de deux à trois heures. Elle est fort dangereuse pour l'opérateur, très exposé à se blesser, durant le cours de ces pénibles manœuvres.

Je n'engagerai jamais un accoucheur à recourir, sans la plus urgente nécessité, à une méthode que je ne crains pas de qualifier d'horrible. Non seulement ce procédé fait courir des dangers à la mère et à celui qui l'exécute, mais il produit sur les esprits des assistants l'impression la plus pénible. Si l'événement ne répond pas à son attente, l'accoucheur est bien exposé à recevoir la plus triste des récompenses, pour prix de toutes ses peines.

J'ai connu, en province, un confrère qui avait adopté la méthode de Lee, dont il faisait le plus étrange abus. Sa pratique était très malheureuse. Il avait eu de cruels mécomptes et s'était complètement perdu, comme accoucheur, dans l'esprit des habitants du pays.

Une telle opération, dans l'intérieur d'un hôpital, passe encore, mais dans la pratique civile, ne fût-ce que dans le propre intérêt de l'accoucheur, qu'elle ne constitue jamais qu'une suprême ressource, une dernière ancre de salut !...

Dans les cas analogues, on peut tenter de mettre en œuvre le procédé suivant, auquel Pamart a eu une fois recours avec succès :

Ce procédé consiste à *introduire le crochet au delà des fausses côtes*, et *à le tourner de manière à accrocher le bord inférieur de la paroi thoracique*. On s'efforce

alors d'imprimer au tronc de l'enfant un mouvement analogue à celui qu'il exécute dans l'évolution pelvienne spontanée.

Ajoutons que l'opération de l'extraction, si souvent laborieuse dans les conditions ordinaires, devient parfois assez facile lorsque le fœtus est macéré. Nombre de fois, en pareil cas, l'enfant a pu être extrait sans trop de peine, plié en double, au moyen soit du crochet, soit de la pince à craniotomie.

Dans ces derniers temps, le professeur Tarnier a fait construire, selon le mécanisme du forceps-scie, un instrument que l'on pourrait appeler le *compas-scie*.

Cet instrument est constitué par une sorte de compas, dont les deux branches sont cannelées et disposées pour le jeu d'un système de chaînette. La branche antérieure, légèrement recourbée, s'applique en arrière du pubis. La branche postérieure est fortement cintrée, pour s'adapter à la concavité du sacrum. Les deux branches introduites successivement, l'une en avant, l'autre en arrière de l'enfant, on en opère l'articulation, temps de l'opération toujours facile. Il n'y a plus qu'à mettre en jeu la chaînette pour opérer nettement, et en quelque instants, la section du tronc.

M. Tarnier a mis plusieurs fois à l'épreuve cet ingénieux instrument, qui n'a qu'un seul tort, celui d'être d'un prix inabordable pour le plus grand nombre des accoucheurs.

Le Dr Pierre Thomas a réduit cet embryotome à un grand état relatif de simplicité. Mais, pas plus que celui de M. Tarnier, sans doute, il ne sera susceptible de se vulgariser, peu de praticiens étant disposés à faire l'acquisition, toujours dispendieuse, d'un instrument non absolument indispensable et dont, par bonheur, on a bien rarement occasion de faire l'application.

Le dernier mode d'extraction dont il me reste à parler, c'est la *spondylotomie* (section simple, ou trépanation de

la colonne rachidienne (de σπονδυλος, *vertèbre*). Il a pour objet la division transversale du tronc.

Lorsque le produit est dans un état de putréfaction assez avancée, lorsque l'orifice cervical, largement ouvert, rend les parties aisément accessibles, l'emploi des ciseaux à pointes mousses suffit d'ordinaire pour l'exécution de cette opération. Le petit cadavre se trouve ainsi divisé en deux portions, à la hauteur des fausses-côtes, environ. Chacune des parties est ensuite extraite, sans trop de peine, au moyen d'une pince ou d'un crochet.

Quand, au contraire, le fœtus est bien développé et à l'état frais, si je puis ainsi m'exprimer, les difficultés sont beaucoup plus grandes. Les ciseaux sont insuffisants. A défaut d'un embryotome spécial, il faut avoir recours à la simple tréphine, au moyen de laquelle on pratique la *Trépanation de la colonne vertébrale.* C'est à M. Championnière que l'on doit la connaissance de ce procédé, qu'il a trois fois mis en usage sur le vivant, dans les mois de juin et juillet 1879. Cette opération ne comportant l'emploi d'aucun instrument spécial (quel est l'accoucheur qui ne soit muni au moins d'une tréphine ?) et, dans un cas donné, pouvant être pratiquée avec avantage, je crois bon de la décrire avec quelque soin.

Pour bien faire comprendre le manuel opératoire, je distinguerai cinq temps distincts dans sa mise en œuvre.

1er *temps.* — Le tronc est fortement abaissé, au moyen du bras procident. Section longitudinale, avec les ciseaux de P. Dubois, des parois abdominale et thoracique.

2e *temps.* — Eviscération complète, soit avec une longue pince à cadre, soit, à défaut d'un instrument convenable, avec les doigts, introduits dans les cavités largement ouvertes.

Cette éviscération, en réduisant le volume du produit, facilite l'abaissement du tronc et rend quelquefois possible la version, jusqu'alors impraticable. Si cette tentative, — qu'il est d'une bonne pratique d'essayer au préalable, — reste sans succès, on doit procéder au

3e *temps.* — Ce temps de l'opération a trait à la trépa-

nation de la colonne vertébrale. A cet effet, on se sert d'un petit perforateur conique à double pas de vis, monté sur une longue tige d'acier. Pour faire usage de cet intrument, on introduit l'index gauche dans la cavité thoraco-abdominale évidée, jusqu'au contact de la partie antérieure ou antéro-latérale du rachis, au point précis où l'on veut pratiquer la térébration. En imprimant un mouvement de rotation sur son axe à la fraise, au moyen de la poignée, embrassée à pleine main droite, on la fait aisément pénétrer dans la trame osseuse.

Deux signes indiquent que l'opération est bien conduite. On éprouve la sensation fournie par la destruction des lamelles osseuses. L'index gauche, qui guide la tréphine, reconnaît très bien le degré de la pénétration. On n'a donc ancune crainte d'aller trop avant, ce qui exposerait à léser l'organe gestateur.

Cette première transforation effectuée, on dévisse la tréphine et on agit de nouveau en un ou plusieurs points voisins du rachis.

Plus sont répétées ces térébrations, plus souple devient la colonne rachidienne. Ainsi taraudée, elle devient à ce point flexible, qu'il devient possible d'extraire en double le produit.

*4e temps.* — Ainsi que je l'ai fait remarquer plus haut, jusqu'ici le bras procident a été utilisé pour abaisser fortement le tronc, à l'effet de faciliter la pratique de l'éviscération et de la térébration rachidienne. Cette dernière effectuée, on désarticule l'épaule à coups de ciseaux.

*5e temps.*— Il ne reste plus, dans un dernier temps, qu'à saisir avec un ou deux crochets, ou avec de fortes pinces; les parties fœtales les plus accessibles et les plus résistantes, afin d'extraire le produit en double.

Je n'ai pas encore eu l'occasion de pratiquer une telle opération. *A priori*, je me crois, cependant, fondé à lui adresser quelques reproches.

En premier lieu, je la considère comme d'une exécution trop difficile pour le plus grand nombre des praticiens. Il faut, en effet, voir en elle une opération de grande chirur-

gie obstétricale. Pour l'effectuer sans danger, il faut être doué d'une sureté de main, d'un sang-froid que chacun est loin de posséder.

Le dernier mot n'est pas dans la térébration vertébrale. Il est très aisé de dire qu'*après elle, il n'y a plus qu'à extraire l'enfant en double.* Il faut, en effet, que les pinces ou les crochets trouvent un point d'appui solide sur les parties fœtales accessibles. Il arrive ainsi un moment où il faut compter avec la tête, mise à l'étroit, par suite de l'engagement simultané des membres inférieurs, dans la filière pelvienne. Pour faciliter son passage, il peut devenir indispensable de pratiquer un nouvel évidement, pour morceler la base du crâne.

Cette opération est donc aussi longue que pénible pour l'opérateur et fait courir à la mère de grands dangers de traumatisme, si l'opérateur n'est pas doué d'une extrême habilité et pourvu d'une forte dose de patience.

En conséquence, je crois qu'un tel procédé ne doit être abordé qu'avec la plus grande réserve et à défaut d'un autre mode, d'une exécution moins délicate et plus rapide.

Dans les cas de cette nature, voici la conduite que moi-même je serais porté à suivre.

La malade anesthésiée au préalable, *je m'efforcerais de pratiquer la version, en m'astreignant à toutes les précautions susceptibles d'assurer le succès d'une manœuvre qui, souvent, ne réussit pas parce que les règles de l'art ne sont pas soigneusement observées.*

Cette tentative n'ayant pas abouti, je procéderais à l'éviscération. Le volume du produit sensiblement diminué, il y a double chance de reprendre la même manœuvre avec succès. La main de l'opérateur se trouve plus au large et l'évolution devient plus facile. Par ce double fait, enfin, les dangers encourus par la mère sont beaucoup moindres.

Si ces manœuvres, prudemment effectuées, n'aboutissaient pas, je me garderais d'insister outre raison. Il ne faut pas l'oublier. Dans les cas qui nous occupent, la malade est presque toujours surmenée, les parties saillantes de l'enfant n'ont pas été sans déterminer, sur la

matrice, des pressions dont les conséquences sont telles, qu'un traumatisme peut donner lieu aux accidents les plus redoutables. Il importe donc que l'action chirurgicale porte le moins possible sur l'organe gestateur.

Ce cas étant donné, j'agirais d'une autre façon. Je m'efforcerais, en tirant sur le bras, d'abaisser le cou, en vue d'en opérer la section.

En admettant que le passage du cordon de section fût devenu impossible sur cette région, j'essayerais de le jeter autour du tronc, en utilisant, soit le crochet à balle de plomb, soit une baleine flexible, soit les mains. La ficelle une fois passée, j'opérerais la sercission qui offrirait, sur la térébration rachidienne, un grand avantage. Dans cette dernière méthode, *les tissus sont mâchés, mais non divisés*, condition défavorable pour l'extraction qui, ne l'oublions pas, ne peut être obtenue qu'en double. Le procédé à la ficelle, au contraire, fournit une section nette et divise le produit en deux tronçons, qu'il est beaucoup plus aisé d'extraire successivement.

Une dernière recommandation. Il ne faut pas s'obstiner à terminer séance tenante une opération d'une exécution trop laborieuse. Après une longue et pénible séance, il est peut-être bon de laisser à la malade quelques heures de repos. On a plus d'une fois vu, en pareils cas, le travail abandonné aux soins de la nature, s'effectuer heureusement par une évolution spontanée. Il faut laisser à la patiente cette chance favorable, avant de recourir de nouveau à un mode quelconque de délivrance artificielle.

## § IV. — BRIÈVETÉ DU CORDON OMBILICAL.

La brièveté du cordon ombilical est absolue ou relative. La première variété est fort rare. On a cependant enregistré un certain nombre de cas dans lequels la longueur de la tige omphalo-placentaire s'est trouvée réduite à 0 m. 16, à 0,13 et même à 0,05. J'ajouterai que Mende et Selafer ont trouvé des placentas entièrement sessiles, c'est-à-dire dans lesquels il n'y avait pas de cordon. Dans le

cas rapporté par ce dernier accoucheur, dans le n° du 5 octobre 1855 de l'*Union médicale*, sous l'influence des efforts exercés au moyen du forceps, le cordon se détacha du nombril de l'enfant, qui succomba à l'hémorrhagie.

A part de très rares exceptions, la brièveté du cordon est toujours accidentelle, et, dans la plupart des cas, elle est le résultat de l'enroulement du cordon autour du cou de l'enfant.

Le plus ordinairement, c'est à la dernière phase du travail, quand le vertex a franchi la vulve, que l'on soupçonne la cause qui met obstacle à la sortie du produit. On s'empresse alors de glisser un ou deux doigts entre la tête et l'arcade pubienne et l'on explore la région cervicale. Si l'on arrive à constater la présence du cordon, on s'efforce de le relâcher; si l'on n'y parvient pas, il suffit d'un coup de ciseaux pour trancher la difficulté.

Malheureusement, à une période moins avancée du travail, il n'est pas toujours donné de reconnaître une telle cause de dystocie. Quand on vient à la soupçonner, aux signes dont il va bientôt être question, on pourrait recourir avec avantage à l'exploration directe. Si les organes présentaient un degré suffisant de perméabilité, on introduirait la main entière dans l'utérus. Si l'on venait, de la sorte, à constater l'enroulement cervical du funicule, on s'efforcerait, avec les doigts, d'en opérer le relâchement. En cas d'insuccès de cette tentative, on serait du moins fixé sur la cause de l'arrêt du travail et l'on pourrait, en toute connaissance de cause, prendre tel parti qui semblerait le plus convenable.

Les trois signes de l'arrêt du travail, par brièveté du cordon, fournis par les auteurs, sont les suivants :

Par le seul fait des contractions, ou sous l'influence des efforts attractifs, le fond de l'utérus se déprime en cul-de-lampe. Pour que ce signe fût constaté, il faudrait que le placenta fût inséré au fond de l'utérus. Or, ce fait est loin d'être constant.

Je crois qu'un indice plus sûr est fourni par le mouvement rotatoire de la tête, au moment de l'effort, soit manuel, soit utérin.

Un caractère moins certain, sans doute, mais non à dédaigner, c'est le double mouvement, comme de ressort, de descente et d'ascension de la tête, au moment et à la suite de la contraction. A lui seul, toutefois, ce signe aurait peu de valeur, car on a lieu de l'observer souvent dans l'accouchement physiologique, lors de la systole et de la diastole de l'utérus.

La brièveté du cordon ombilical, qu'elle soit absolue ou accidentelle, entraîne une grande somme de périls, non seulement pour l'enfant, mais encore pour la mère.

Sur 685 cas analogues, observés sur 3587 accouchements, le Dr Mayer a relevé 72 cas d'asphyxie; 49 enfants ont succombé; 18 fois la mort ne pouvait être attribuée qu'à l'enroulement du funicule.

Notons, en passant, que c'est à ces circulaires que Montgommery attribue cette singulière mutilation intra-utérine, distinguée sous la dénomination assez impropre d'*amputation spontanée*.

Soit dit en passant, j'en ai observé un cas, le 9 mars 1881, chez un monstre anencéphale, dont la cuisse gauche était réduite à un moignon conique. Les trois autres membres étaient bien conformés. La constatation digitale de ce moignon, portant à son sommet un petit appendice pyriforme, m'avait tenu, durant le cours du travail, dans la plus grande incertitude, sur la nature d'une présentation sans analogue dans les Annales de l'obstétrique. La lumière ne fut faite sur ce point qu'après l'extraction de cet avorton monstrueux.

La mère était tertipare, bien conformée. La grossesse était de sept mois.

Le plus grand danger auquel est exposé le produit, au moment du travail, c'est l'*asphyxie*. Un grand nombre d'enfants perdent la vie dans de telles conditions, par l'arrêt mécanique de la circulation, soit funiculaire, soit cervicale.

Il y a aussi à redouter pour lui l'hémorrhagie, résultant de la rupture du cordon. Ce dernier, en effet, court quelques

risques de se rompre, si l'extraction nécessite des efforts assez énergiques. L'état de gracilité, souvent extrême, que présente, de nos jours, selon les remarques de presque tous les accoucheurs, la tige omphalo-placentaire, l'expose à se rupturer. Il faut pourtant noter que ce ne sont pas toujours les cordons les plus volumineux qui sont les plus résistants. J'en ai vu qui, sous une apparence de gracilité, étaient d'une solidité à l'épreuve des plus fortes tractions.

Cette cause de dystocie n'est pas non plus exempte de dangers pour la mère. Les tractions, plus ou moins énergiques, que nécessite la terminaison indispensable du travail, peuvent donner lieu à une *inversion de l'utérus*, si les adhérences utéro-placentaires sont très résistantes; à une *hémorrhagie*, pouvant atteindre de formidables proportions, si ces mêmes efforts attractifs déterminent un décollement placentaire prématuré, alors surtout qu'il n'est pas suivi d'une délivrance immédiate.

Il est rare que la brièveté du cordon donne lieu à de véritables cas de dystocie. Assez souvent, il est vrai, la lenteur du travail motive une application de forceps, mode de délivrance auquel il est urgent de recourir aussitôt que, par l'auscultation, on vient à relever l'affaiblissement des bruits fœtaux. Dans les cas les plus ordinaires, l'extraction s'effectue sans de grands efforts. Ce n'est que par exception, et quand la longueur du cordon est trop réduite, que l'accoucheur se trouve en présence de difficultés plus ou moins grandes.

Dans le cours de ma longue carrière, je n'ai souvenance que de quatre cas dans lesquels j'ai eu à surmonter de sérieux obstacles.

Je vais rappeler ces quatre faits, qui me permettront, cliniquement, de tracer à mes confrères la ligne de conduite qui doit être suivie dans ces graves conjonctures. Selon mon habitude, je ne me ménagerai pas, signalant, quand il y aura lieu, les fautes que j'ai pu commettre dans ces conditions particulières et indiquant la voie plus sûre, dans laquelle j'eusse dû m'engager.

Obs. I. — *Brièveté du cordon ombilical reconnue au cours des tractions manuelles. — Extraction laborieuse d'un enfant en état d'asphyxie et qui s'est éteint au bout de onze heures.*

3 décembre 1864. Il s'agissait d'une primipare chez laquelle le travail n'avait aucune tendance à se terminer. J'appliquai le rétroceps. Mais j'eus à lutter, pendant plus de deux heures, contre une tendance incessante au dérapement.

Je finis par soupçonner la cause de l'arrêt du travail. *A chaque effort manuel, je voyais la tête effectuer, sur son axe, un mouvement assez étendu de rotation, mais, à peine abandonné à lui-même, l'organe revenait à sa position primitive.*

Il s'agissait, à n'en pas douter, d'un cas de dystocie occasionnée par une brièveté du cordon ombilical.

Je dus m'armer de patience, et je finis par dégager le vertex. Alors je pus insinuer mon doigt jusqu'au cou, où je constatai la présence d'une circulaire du cordon, que je sectionnai avec quelque peine. A partir de ce moment, l'accouchement fut vite terminé. Je mis au monde un enfant asphyxié, qui mourut au bout de onze heures, sans avoir pu prendre pleine possession de la vie.

Dans le cas que je viens de relater, j'ai eu tort, peut-être, de trop insister sur l'emploi du rétroceps qui, l'expérience me l'a appris, peut ne pas convenir, s'il y a lieu de solliciter la tête, en opérant une traction rigoureusement concentrique. Bien que — j'en ai la ferme conviction — 99 fois sur 100, la suprématie d'action reste acquise au rétroceps, il se peut faire que, dans un centième cas spécial, le forceps soit particulièrement indiqué. Il en a été ainsi dans le cas qui va suivre. J'ai donc eu lieu de m'applaudir de cet esprit d'éclectisme, dont tout praticien sagace ne devrait jamais se départir. Grâce à une substitution devenue nécessaire, il m'a été donné, par l'emploi d'un agent symétrique de préhension, d'obtenir une prompte et heureuse solution du travail.

Voici, en substance, cette observation, que j'ai publiée ailleurs [1], avec tous les détails et commentaires nécessaires.

Obs. II. — *Dystocie en rapport avec la brièveté accidentelle du cordon ombilical. — Impuissance du rétroceps. — Bons effets du forceps à branches parallèles, associé au tracteur obstétrical.*

Le 10 février 1876, je fus appelé à St-Ouen, par le Dr Bruyer, auprès d'une multipare, qu'il avait en vain tenté de délivrer par une triple application du rétroceps. Chaque fois l'instrument était revenu à vide.

Connaissant l'habileté de mon honorable confrère dans l'emploi d'un instrument qui, depuis quinze ans, ne lui a valu que des succès, je compris aussitôt qu'il était, pour moi, inutile de courir une nouvelle chance.

La patiente avait eu des couches antérieures heureuses; sa conformation ne laissait rien à désirer. Rien ne nous révélait encore la cause de la dystocie.

Il me parut indiqué de recourir à un autre instrument. Je procédai à l'application de mon forceps à branches parallèles et à traction concentrique.

Malheureusement, cet instrument présentait alors un *desideratum* auquel j'ai depuis paré, en le munissant de deux griffes-leviers. Faute de pouvoir agir assez puissamment sur les deux courts tronçons qui, par leur emboitement, constituent le manche transversal de l'instrument, je ne pus arriver à rectifier la position des cuillers, pour les ramener à une situation parfaitement symétrique.

L'instrument, néanmoins, semblant présenter une bonne prise, je le reliai au tracteur mécanique et mis en jeu la vis de traction. Sous l'influence d'une force de 35 kilogr., je constatai la tendance des cuillers à déraper.

J'enlevai l'instrument.

[1] N° du 15 mai 1876 de la *Revue de thérap. méd. chir.*

Pour me rendre un compte plus exact de la position, je procédai moi-même à une application de rétroceps. Ainsi que je m'y attendais, je ne réussis pas mieux que le Dr Bruyer.

L'engagement trop avancé de la tête rendant impossible toute tentative de version, il fallait, ou effectuer plus heureusement une nouvelle application de forceps, ou en venir à l'embryotomie.

Je m'armai donc de mon forceps à branches parallèles et mis tous mes soins à guider, sur l'une et l'autre mains, chacune des cuillers, à la place exacte qu'elles devaient occuper. Je parvins, non sans peine, à effectuer un placement symétrique et à articuler parfaitement mes deux leviers.

Je détachai les cordons attractifs, que je fixai à ma machine et, m'asseyant à l'aise, en regard des organes génitaux, je fis mouvoir la vis de traction. Les cuillers ayant une bonne prise, j'élevai graduellement la force de traction jusqu'à 50 kilogr.

J'eus bientôt la satisfaction de voir le vertex saillir hors de la vulve. J'enlevai le tracteur et m'efforçai de dégager la tête, en saisissant les tiges du forceps à pleine main droite.

Etonné de la résistance que je rencontrais et soupçonnant enfin la cause de la dystocie, je portai le doigt à la région cervicale, où je reconnus une double circulaire du cordon. Un coup de ciseaux en fit justice.

L'enfant, en état d'*asphyxie blanche*, ne put être ramené à la vie et succomba au bout d'une heure.

Le reste de l'acouchement, non plus que les suites de couches, n'ont présenté rien de particulier.

On voit que, dans le cas ci-dessus, grâce au déploiement d'une force attractive assez considérable, j'ai pu triompher de cette cause de dystocie. L'enfant, il est vrai, a perdu la vie, mais la mère est sortie heureusement de cette épreuve.

Ce succès, malheureusement relatif, a tenu à cette

circonstance, que le cordon a pu s'allonger suffisamment pour permettre l'abaissement de la tête, puis la section du funicule.

Mais il se peut faire que cette condition ne soit pas réalisée et que la brièveté du cordon, la solidité, l'intimité des adhérences utéro-placentaires apportent le plus sérieux obstacle à l'abaissement de la tête. Il est aisé de comprendre ce qu'une telle position a de critique pour la mère, pour l'enfant et, je ne crains pas de l'ajouter, pour l'accoucheur.

Telle a été la situation dans le cas suivant, qui, on va pouvoir s'en convaincre, comporte de grands enseignements.

Obs. III. — *Brièveté accidentelle du cordon ombilical. — Quatre applications successives infructueuses de rétrotroceps ou de forceps.—Céphalotripsie.— Métrorrhagie des plus profuses. — Les déchirures périnéales et l'attitude latérale. — Remarquables effets de l'anémie aiguë.*

Mme L..., primipare de 22 ans. Constitution chloro-anémique. Invasion du travail le 19 février 1881, à 8 heures du matin. Ce ne fut que dans la nuit suivante, à 2 heures, que je fus appelé par Mme Lortan, sage-femme instruite qui, reconnaissant une position occipito-iliaque droite postérieure, crut que cette difficulté tocologique ne pouvait se dénouer que par une application de forceps.

Col ouvert à 0,04, assez épais et d'une dilatabilité incomplète.

L'état d'épuisement de la malade me semblant comporter une intervention immédiate, je procédai sans retard à une application du rétroceps.

Traction manuelle insuffisante. Association du tracteur obstétrical au rétroceps. Rupture du lien de connexion, que, sans désemparer, je réapplique, mis en double. Nouvelle rupture, produite avec un bruit sec et éclatant.

Croyant en retirer plus d'avantage, j'applique le forceps

croisé. Pour opérer cette application oblique, au travers d'une vulve de primipare, sans porter la main entière dans l'utérus, j'utilise deux griffes que j'ai fait faire, s'appliquant sur les parties taillées des manches du forceps. Ces puissants leviers me permettent de ramener les entablements au parallélisme, condition de rigueur pour l'articulation de l'instrument.

Échec absolu du forceps.

Réapplication du rétroceps et du tracteur mécanique. Troisième tentative stérile. Hémorragie très abondante, que je crois devoir attribuer à la rupture de quelque vaisseau cervical de fort calibre.

*A la suite de ces fortes tractions* (elles ont bien été poussées jusqu'à 70 à 80 kilog.), *la tête était restée immuable au détroit supérieur. Elle n'avait pas exécuté le moindre mouvement rotatoire.*

Il fallait en finir. Je fis prier l'honorable docteur Michaux de vouloir bien m'assister dans ces graves conjonctures. Par acquit de conscience, j'effectuai, devant lui, une troisième application du rétroceps et du tracteur, laquelle n'eut pas de meilleur effet que les trois tentatives précédentes. Puis, je procédai à la pratique de la perforation du crâne, puis de la céphalotripsie.

L'application du céphalotribe comporta les mêmes difficultés que celle du forceps croisé. La tête était toujours à la même hauteur et dans la même position diagonale.

Les deux leviers, dont j'ai pourvu les manches de mon forceps-céphalotribe modifié, m'ont été particulièrement utiles. J'ai pu, grâce à eux, amener, sans effort, le parallélisme des entablements, condition qui a rendu facile l'action de la vis de rassemblement.

Ce n'est qu'à la sortie du vertex effectuée manuellement, je dois le dire, sans trop d'efforts, que j'ai pu reconnaître la cause de l'arrêt de la tête. Il y avait deux circulaires très serrées autour du cou.

La section du funicule effectuée, le travail a bientôt été terminé.

Une demi-heure après, M^me^ Lortan opérait à pleine main

l'extraction du délivre, retenu dans l'utérus par suite de l'inertie de cet organe.

L'hémorragie était suspendue sans retour, mais la perte de sang avait été considérable. La sage-femme en estime les proportions de 5 à 6 livres!

Ayant donné ailleurs [1] avec détails cette observation, avec commentaires, ici je serai sobre de réflexions, me bornant à quelques remarques afférentes à la pratique.

On a pu voir que, contrairement à ce qui s'est produit dans les deux précédentes observations, les cuillers du rétroceps avaient trouvé sur la tête une prise très solide. Cette circonstance me portait à estimer, *à priori*, que j'avais peu lieu de compter davantage sur l'action du forceps. L'événement a justifié cette manière de voir. L'expérience n'en devait pas moins être tentée, ne fût-ce que par acquit de conscience. Elle n'a pas réussi, il est vrai, mais elle pouvait avoir une meilleure issue. Puis, on n'en vient pas à sacrifier un enfant (et celui-ci vivait encore), tant qu'on n'a pas essayé de tous les moyens de le sauver. C'est alors seulement que l'on est en droit de ne plus prendre souci que des intérêts de la mère.

Peut-être pourrait-on s'étonner de la facilité de l'extraction de la tête, une fois broyée par le moyen du céphalotribe ? L'explication me semble devoir être la suivante :

Dans la résistance insurmontable que j'ai rencontrée précédemment, il faut tenir compte de deux conditions : la brièveté du cordon, d'une part, d'autre part la consistance très grande d'un organe orbe et peu fait, par son défaut de ductilité, pour se mouler sur la filière utéro-pelvienne.

La tête une fois laminée, il n'y avait plus à compter qu'avec un seul obstacle, la brièveté du cordon, atténuée, du reste, par le fait du décollement du placenta. Une autre condition était, en outre, de nature à faciliter l'entraînement de la tête. Je veux parler de l'atténuation de son volume, et de son état de dislocation, circonstance émi-

[1] *Journal d'accouchements*, de Liége, nos du 15 et du 31 avril 1881.

nemment propre à diminuer la résistance, par suite de la réduction des diamètres céphaliques.

Dans ce cas, il s'est produit une *déchirure périnéale qui n'a respecté que quelques fibres circulaires du sphincter de l'anus.*

Ainsi que j'ai eu maintes fois l'occasion de l'observer, le plancher périnéal s'est spontanément reconstitué, selon une longueur de 0,04. Seulement, le recollement qui, d'ordinaire, s'effectue en 7 ou 8 jours, n'a pas, chez cette jeune femme, demandé moins de six semaines. Cette lenteur de la cicatrisation, qui procède des parties profondes aux parties superficielles, s'explique suffisamment par l'état d'anémie aiguë extrême dans laquelle s'est vue plongée la malade.

C'est en vue de parer à cet accident, si redouté par l'école, qu'en Angleterre, en Suisse, en Allemagne, on adopte, surtout chez les primipares, l'*attitude latérale sur le côté gauche* (1). Durant les douleurs, la main gauche de l'accoucheur, passée d'avant en arrière, entre les cuisses de la malade, au moment des douleurs, repousse en dedans la tête de l'enfant, pour mettre obstacle à sa progression. En même temps, la main droite presse fortement les téguments de la région sacro-coccygienne, pour refouler en avant les parties molles, en vue de fournir, autant qu'il est possible, de l'étoffe pour la dilatation. Le mouvement répété de va-et-vient de la tête a nécessairement pour effet d'assouplir l'orifice vulvaire, dont la distension graduelle tend à diminuer les chances de rupture, au moment du dégagement.

S'il faut en croire les statistiques officielles, l'emploi de cette méthode ne donnerait lieu, à la Maternité de Vienne, qu'à une proportion de 6 % des déchirures périnéales chez les primipares ! Il est vrai que le docteur Rendu, qui, dans le *Lyon médical*, a signalé les bons effets de la dite méthode, fait observer que « *le dégagement des épaules est ordinairement plus funeste à la fourchette périnéale que la sortie de la tête.* »

(1) V. le n° du 30 mai 1881 du *Journal d'accouchements.*

Il y a bien des années que j'ai signalé ce fait pour la première fois. Il est souvent facile d'énucléer la tête en respectant l'anneau vulvaire. Si, l'accouchement terminé, on ne procède pas à l'examen des parties, on peut se croire fondé à les considérer comme indemnes de toute lésion. Or, ce n'est que par exception qu'il en est ainsi. La longueur du diamètre cervico-acromien est telle, qu'il est bien rare que le dégagement de l'épaule postérieure ne fasse pas éclater le périnée, que, jusqu'à ce temps de l'opération, on s'est donné tant de peine pour ménager. D'ailleurs, si cette lésion ne constituait pas la règle, serait-il si aisé de distinguer une vulve de multipare d'une vulve de nullipare ?...

Ceci étant, il est permis de se demander les avantages que, finalement, procure l'attitude latérale, puisque, de l'aveu de ceux mêmes qui la préconisent, elle ne met pas à l'abri des déchirures, au temps vraiment critique de l'opération ?

Encore une fois, je crois que l'on se préoccupe trop de ce petit accident. Dans ma longue pratique, à mon insu ou consciemment, j'ai déchiré bien des périnées. J'ai toujours vu, dans les cas ordinaires, ce plancher musculaire se reconstituer spontanément au bout de sept ou huit jours. Ne peut-on pas, dès lors, se demander s'il y a lieu de laisser la malheureuse femme en proie, de longues heures, souvent, aux plus atroces douleurs, en vue d'éviter une lésion dont elle n'a pas conscience et qui ne laisse bientôt aucune trace ?

Mais, revenons à notre malade.

Un phénomène digne de remarque est le suivant :

Dès le lendemain de l'accouchement, *la température axillaire s'est élevée à* 40°. Malgré l'emploi de la méthode défervescente, utilisée *larga manu, cette hyperthermie s'est maintenue pendant six jours*. N'observant chez la malade aucun caractère subjectif de la fièvre, j'ai fini par comprendre qu'il ne pouvait s'agir là que d'un *phénomène d'ordre médullaire, lié à l'anémie traumatique*. En conséquence, j'ai laissé les défervescents pour recourir à la médication névrosthénique et reconstituante.

La convalescence a été longue et entravée par la production d'une *sciatique*, limitée au mollet et au jarret droits. La térébenthine en lavements et trois vésicatoires volants n'ont pas tardé à en faire justice.

Au bout de quatre semaines, la température s'élevait encore à 38°,4, ce qui était une invitation à la prudence.

Sans ces complications, ne ressentant aucune souffrance, jouissant d'un excellent appétit, dormant la nuit d'un long et paisible sommeil, la malade eût été susceptible de reprendre beaucoup plus tôt le cours de ses occupations.

Ce n'a été qu'au bout de six semaines que j'ai pu prendre congé de cette jeune femme, qui, pour unique reliquat, n'éprouvait plus qu'un peu de faiblesse dans les membres inférieurs.

Obs. IV. — *Dystocie occasionnée par la brièveté accidentelle du cordon ombilical. — Forceps symétrique. — Rétroceps. — Tracteur mécanique. — Gracilité extrême du funicule. — Conséquences au point de vue de la circulation omphalo-placentaire. — Succès pour la mère et pour l'enfant.*

Mme B , primipare, âgée de 22 ans, à terme, entre en travail le 2 septembre dernier, à 4 heures du matin. A 8 heures, la dilatation étant complète, son médecin ordinaire, le Dr Delineau, rompt la poche des eaux. Cependant la tête, bien que se présentant dans une bonne position (OIGA), n'a aucune tendance à descendre. En conséquence, une application du forceps symétrique est effectuée. De fortes tractions manuelles demeurant inefficaces, mon honorable confrère se décide à venir, en personne, réclamer mon assistance. J'arrive à midi auprès de la parturiente, qui ne ressent plus aucune douleur.

Battements fœtaux retentissants, avec maximum dans le flanc gauche. Tête au haut de l'excavation. L'insuccès de la tentative de mon confrère me porte à croire que la voûte

seule est engagée et que la base du crâne est retenue au détroit supérieur. On verra bientôt la véritable cause de l'arrêt du travail et de la stérilité des efforts manuels effectués sur le forceps.

La malade posée dans l'attitude obstétricale, les deux pieds reposant sur des chaises, je procède à une application de rétroceps, puis le Dr Delineau plonge la malade dans la résolution chloroformique. Alors seulement j'effectue de fortes tractions manuelles, dont je ne tarde pas à reconnaître l'insuffisance.

Prévoyant un tel résultat, j'avais mis à ma portée mon tracteur obstétrical, que j'associe au manche du rétroceps à l'aide d'un fil à fouet, mis en plusieurs doubles. Je déploie une force graduée de plus en plus intense, qui a pour premier effet de déterminer la rupture du lien de connexion. Je lui assure aussitôt une résistance plus convenable et je mets de nouveau en jeu la vis de traction. J'arrive bientôt à développer une force de 70 kilogr. et le sommet vient distendre le périnée.

Croyant à une facile énucléation de la tête, j'enlève le tracteur et m'efforce de dégager l'organe, par des mouvements latéralisés au moyen du rétroceps. Pendant ce temps, le Dr Delineau surveille, assouplit le périnée, et fait en sorte de le préserver de toute rupture. Ce n'est qu'avec une peine extrême que nous parvenons à entraîner au dehors la boîte cranienne.

Alors seulement nous constatons la véritable cause de la dystocie.

Le cordon est fortement serré autour du cou. Le Dr Delineau parvient à relâcher le funicule, puis l'extraction s'opère avec la plus grande facilité.

L'enfant est à l'état d'*asphyxie bleue*. Saignée ombilicale. Après des soins qui se prolongent pendant une vingtaine de minutes, le Dr Delineau finit par rappeler l'enfant à la vie.

Pour en finir avec cet enfant, son poids était de 7 livres. Diamètres céphaliques normaux.

Pendant que mon honorable confrère s'occupait de son côté, j'avais non moins à faire du mien.

Sur le point de pratiquer l'extraction de l'arrière-faix, une première particularité m'avait frappé. Les membranes faisaient issue hors de la vulve. Je pensais trouver le placenta tombé dans le vagin. Il n'en était rien. J'opérai de la main droite quelques tractions sur le funicule, les combinant avec l'expression utérine, effectuée de la main gauche.

Malheureusement, le cordon était fort grêle et une sensation de déchirure ne tarda pas à m'inviter à la prudence. Encore une fois, je dus faire appel à l'assistance de mon confrère, le priant de pratiquer lui-même, à deux mains, l'expression utérine, en même temps que j'effectuais des tractions ménagées sur le frêle funicule. Bientôt je m'aperçus que ce dernier allait me rester dans la main. Cependant le délivre avait tendance à s'engager en travers de l'orifice. La malade étant toujours plongée dans l'anesthésie, je n'hésitai pas à introduire la main entière dans les organes sexuels. Je pus de la sorte saisir l'arrière-faix, dont l'extraction put se faire avec une grande facilité.

Ce ne fut qu'après ce dernier temps de l'opération que la malade revint au sentiment de la connaissance. Elle fut agréablement surprise en apprenant son heureuse délivrance.

Redoutant les effets de l'inertie utérine, j'effectuai aussitôt, à la région fessière, une injection hypodermique de 0,20 d'ergotine. Une perte de sang assez notable s'étant néanmoins produite, je crus bon, au bout d'une heure, de réitérer cette dose.

Je quittai à 3 heures la malade, la laissant, ainsi que son enfant, dans l'état le plus satisfaisant.

— Est-il besoin de faire ressortir l'importance du service qui, dans ce cas, nous a été rendu par le *tracteur obstétrical ?* A l'aide de cet instrument, j'ai pu développer, sans le moindre ébranlement pour la mère, qu'il a été à peine utile de maintenir, sans la moindre fatigue pour moi-même, commodément installé sur une chaise, une puissance représentant environ la force de deux hommes

à la puissance et de deux hommes à la résistance. Cette traction relativement énorme a été effectuée d'une façon progressive, soutenue et régulière, sans exposer la patiente à aucun traumatisme résultant de l'arrachement violent de l'agent de préhension, accident trop fréquent, à la suite des fortes tractions manuelles.

C'est encore à l'aide de ces deux précieux agents de délivrance (le rétroceps et le tracteur obstétrical) que, le 6 février 1882, mandé par MM. les docteurs Chèron et Ehrhard, j'ai pu, en *moins d'un quart d'heure*, mettre fin à *un travail qui ne comptait pas moins de soixante heures d'invasion*. La dystocie ne tenait qu'à un volume exagéré de la tête fœtale. Le diamètre OM était de 0,165. Le BP était de 0,11. L'enfant, du poids de 10 livres, avait succombé depuis la veille.

Deux mots seulement, *à propos du délivre*.

Particularité curieuse, qu'il ne me souvient pas d'avoir jamais observée, le délivre, étalé avec soin sur le parquet, était remarquable par le détachement périphérique complet des membranes. On eût dit que ces dernières eussent été enlevées aux ciseaux, dans toute l'étendue du limbe placentaire.

Ce détachement a-t-il été le résultat de la pression exercée par l'agent de préhension, directement appliqué sur les membranes ; ces dernières, plutôt, n'ont-elles pas été arrachées lors de l'extraction de l'enfant ? Peu importe l'explication à donner à ce fait insolite. Je me borne à le signaler pour sa rareté, car il ne présente en soi aucune importance pratique.

Dans ce cas encore la *gracilité du cordon* a eu une grande part dans la production de l'asphyxie de l'enfant, par suite de la compression facile des vaisseaux ombilicaux insuffisamment protégés.

## § V. — Gracilité du cordon ombilical.

I. — Les auteurs ne se sont pas suffisamment préoccupés des dangers auxquels peut se trouver exposé le pro-

duit de la conception, par suite de la gracilité du cordon ombilical.

Lorsque le cordon affecte le volume normal, il faut une constriction énergique et prolongée pour produire l'obturation des vaisseaux funiculaires. Ceci revient à dire que, journellement, en de telles conditions, on est à même de constater l'innocuité, pour l'enfant, de l'enroulement cervical de ce même cordon. J'en dirait autant des nœuds plus ou moins serrés et nombreux qui peuvent se former dans sa longueur, comme conséquence des évolutions intra-utérines du fœtus. Cette innocuité est due à l'épaisseur, à la consistance de la tige, conditions qui mettent les vaisseaux à l'abri de la compression.

Dans les conditions de développement opposées, il n'en est plus de même. Insuffisamment protégés, ces mêmes vaisseaux, comprimés, s'oblitèrent et interceptent l'abord du sang maternel. Cette interception devient, pour l'enfant, un grand péril, car, pour peu qu'elle se prolonge trop longtemps, elle peut déterminer une asphyxie, qui, parvenue à un certain degré, défie toutes les ressources de l'art.

Par une de ces coïncidences si fréquentes dans la pratique, je me suis trouvé, en cinq jours, deux fois en présence du danger que je signale. Je vais faire la relation sommaire de ces deux cas, particulièrement intéressants à divers titres. Ils viennent à point, du reste, pour servir de complément aux chapitres dans lesquels ils eussent pu trouver place à d'autres points de vue.

1° — *Présentation de la face. — Extraction aisée au moyen du rétroceps. — Asphyxie de l'enfant occasionnée par l'enroulement cervical d'un cordon d'une extrême gracilité. — Rappel à la vie. — Rétention d'urine consécutive ayant nécessité, pendant huit jours, l'emploi du cathétérisme* (1).

Le 21 octobre 1881, j'ai été appelé, à 6 heures du matin,

(1) V. le n° du 7 novembre 1881 du *Siècle médical.*

par Mme Fleury, sage-femme très intelligente, pour l'assister auprès de Mme A., secondipare. Cette intervention était motivée par l'évacuation, une heure plus tôt, des eaux amniotiques, souillées de méconium.

Battements fœtaux très faibles dans le flanc gauche.

Col non dilaté, mais dilatable. Présentation de la face au détroit supérieur, en M I D.

Application immédiate du rétroceps. Extraction rapide, en dégagement mento-pubien.

Enroulement autour du cou du cordon jeté, en outre, en sautoir sur une épaule. Ce cordon, d'une longueur inusitée, était d'une extrême ténuité, condition par laquelle pouvait s'expliquer l'état de l'enfant, atteint d'*asphyxie bleue*.

Le visage congestionné du produit était du plus beau noir. Il a fallu plus de huit jours pour que le négrillon pût revenir à l'*état de blanc*.

Il est pour moi manifeste que cet enfant a dû la vie à une intervention que la prudence ne pouvait permettre de différer un instant. Le danger a tenu manifestement à la gracilité du cordon et à un arrêt de la circulation omphalo-placentaire, déterminé par la compression de cette tige, résultant de son enroulement cervical.

2° — *Présentation du siège. — Excellents effets d'une application de rétroceps. — Extraction difficile de la tête dernière. — Asphyxie de l'enfant déterminée, à ce temps de l'opération, par la compression du cordon, d'une extrême ténuité. — Rappel à la vie. — Convulsion des muscles du visage. — Paralysie traumatique du bras gauche* (1).

Cet accouchement, effectué par moi le 17 octobre 1881, a présenté, dans ses divers temps et dans ses suites, les complications les plus multipliées.

Mme R., secondipare, est d'un fort tempérament et douée d'un embonpoint un peu exagéré, mauvaises conditions

(1) V. le n° du 12 novembre 1881 du *Paris médical* et *Journal d'accouchements de Liége*, n° du 30 novembre et du 15 décembre 1881.

souvent pour la parturition. Elle a eu, deux ans auparavant, un accouchement qui a duré deux nuits et un jour, et s'est terminé par l'expulsion naturelle d'un enfant mort.

Le jour ci-dessus, elle perd, à 8 heures $^1/_4$ du matin, des eaux souillées de méconium. A mon arrivée, à 9 heures $^1/_2$ douleurs faibles; col ouvert de 0,02; engagement nul. Battements fœtaux sus-ombilicaux avec propagation à droite.

A 11 heures, je reconnais une présentation du siège, en S I D.

Pendant toute la durée du travail, à chaque exploration, je n'ai cessé de retirer les doigts souillés de méconium.

A 2 heures $^1/_4$, le col étant assez dilatable pour procéder à la délivrance, qui me semble devenue nécessaire, je procède à l'introduction de la première cuiller du rétroceps. A 2 heures $^1/_2$, je puis poser la seconde. A 3 heures, j'opérais l'extraction assez aisée du siège.

Le dégagement du tronc et des bras se fit sans peine, mais il n'en fut pas ainsi de la tête dernière, malgré son état de flexion, malgré l'aide du doigt, agissant sur le maxillaire inférieur.

L'enfant vint au monde dans un état d'asphyxie blanche si prononcée, qu'il me fallut plus d'une heure pour le rappeler à la vie.

Métrorrhagie abondante, résultant d'un enchâtonnement du placenta. Délivrance artificielle.

Mes tribulations n'étaient pas terminées.

Le lendemain de l'accouchement, je trouvai l'enfant en proie à d'incessantes convulsions, limitées aux muscles du visage. Paralysie de l'orbiculaire gauche. Les convulsions prirent fin le 19, à quatre heures du soir.

Une dernière et pénible déception nous était réservée. Le 21 seulement, je m'aperçus que le bras gauche de l'enfant était paralysé !

Cette affection n'avait rien de cérébral. J'en trouvai l'explication par la production d'une large ecchymose ayant son siège à la région thoraco-axillaire gauche.

Voici ce qui se sera passé :

*Cet enfant*, je l'ai dit, *est venu au monde à l'état de cadavre*. Chacun me conseillait de l'abandonner à son sort. Sans perdre courage, je le plongeai, à réitérées fois, dans des bains à températures extrêmes ; je pratiquai la respiration artificielle ; j'eus recours à la fustigation, à la succussion. C'est au cours de ces manœuvres confiées, à diverses reprises, aux personnes qui m'assistaient dans cette besogne laborieuse, que se sera produit le traumatisme du plexus brachial, cause manifeste de la paralysie du bras.

Pareil fait, je crois, est sans exemple dans les annales de l'obstétrique. On trouve épars quelques cas de paralysie du bras et surtout du deltoïde, mais cet accident a toujours été occasionné par l'emploi du forceps (paralysie cérébrale) ou par la compression produite, au moment du dégagement de l'épaule postérieure, par l'humérus, sur les filets nerveux surtout du deltoïde.

Dans le présent cas, au contraire, le traumatisme a été déterminé au cours des manipulations ayant pour but de combattre un état d'asphyxie profonde.

Un tel résultat, pourtant, a tout lieu de me surprendre. Une foule de fois j'ai pratiqué, avec moins de précautions peut-être, de telles manœuvres, dont l'innocuité a été complète. Il faut que, dans l'espèce, la fatalité se soit mise de la partie !

Le petit malade a subi chaque jour une séance de faradisation. Au bout de la première semaine, les muscles de l'épaule, tout d'abord réfractaires à l'excitabilité électrique, entraient déjà en contraction. Tout nous faisait donc espérer que nous aurions l'extrême satisfaction de restituer à l'organe l'intégrité de ses fonctions, quand survint une pneumonie à marche foudroyante, qui enleva cet enfant, trente cinq jours, après sa venue au monde.

Ainsi que dans le fait qui précède, le cordon ombilical était d'une extrême gracilité et d'un volume égalant l'extrémité du petit doigt. Il est manifeste que, comprimé au moment du dégagement de la tête, entre cette boîte osseuse et la filière cervico-pelvienne, la circulation omphalo-placentaire s'est trouvée interceptée. De là, l'asphyxie

blanche; de là, la congestion encéphalique, peut-être même le piqueté cérébral ayant donné lieu aux convulsions de la face et à une paralysie temporaire de l'orbiculaire gauche.

II. — J'ajouterai quelques mots sur un autre inconvénient des cordons grêles, avec lequel on a journellement à compter dans la pratique.

Le peu de consistance de ces cordons les expose à se rompre aisément sous l'effort, même le plus ménagé, de la main qui les sollicite. Combien de fois n'ai-je pas été appelé par des sages-femmes, par des confrères, pour opérer l'extraction du placenta, le funicule ayant été rompu ?

Lorsque la tige omphalo-placentaire n'offre pas un suffisant degré de résistance, on en est averti par une sensation de déchirure. Quand il en est ainsi, il faut bien se garder de persister dans de tels efforts : le cordon ne doit plus servir que de guide à la main, pour aller à la recherche du placenta. Souvent il suffit de saisir ce dernier par son limbe procident, pour l'entraîner dans sa totalité. Si ce même limbe ne présente pas les garanties désirables de solidité, il ne faut pas hésiter à pénétrer dans l'utérus, à l'effet d'entraîner à pleine main l'arrière-faix. Pour exécuter ces manœuvres, il ne faut pas tarder plus d'une heure après l'accouchement. Passé ce délai, le col peut se refermer, ce qui expose l'homme de l'art à tous les dangers en rapport avec une pénétration de vive force au sein de la matrice.

C'est surtout dans les accouchements avant terme que l'on est exposé à déterminer aisément la rupture du cordon, dont le défaut de résistance est extrême. C'est en pareils cas qu'il faut bien se garder d'opérer sur lui de fortes tractions. Il ne doit guère être utilisé qu'en tant que conducteur. On doit toujours s'efforcer de saisir le délivre avec les doigts. Si l'on ne peut parvenir à l'entraîner de la sorte, trois moyens peuvent être utilisés.

1° Un de ces moyens consiste dans l'emploi des douches utéro-vaginales, qui ont le double avantage d'être antiseptiques et excitantes de la contractilité utérine.

2° Il m'est souvent arrivé, en pareil cas, d'utiliser avec

avantage mon ballon hydrostatique, que je laisse en place 12 ou 24 heures. Combien de fois ne m'est-t-il pas arrivé, en le retirant, de trouver le délivre tombé dans l'ampoule vaginale ?

3° Le troisième moyen se rapporte à l'emploi des injections chaudes intra-utérines.

## § VI. — Rectocèle vaginale d'un énorme volume. — Accouchement physiologique artificiel, heureusement effectué en trois heures et demie.

Le fait suivant est, je crois, sans analogue dans les annales de l'obstétrique.

Mme L..., âgée de 36 ans, mariée depuis 17 ans, primipare, a eu ses dernières règles le 2 octobre 1879. Eprouvant, à juste titre, on en saura bientôt le motif, éprouvant, dis-je, quelques appréhensions au sujet de son prochain accouchement, arrivée au terme de 8 mois, elle vient, le 11 juin 1880, me prier de vouloir bien me charger de l'effectuer. Voici les raisons des craintes qu'elle ressentait sur l'issue de ces premières couches.

Depuis quatre ans, à la suite d'une constipation habituelle, opiniâtre, elle était atteinte de prolapsus vaginal. Pour maintenir réduite la tumeur qui, dans la station verticale, atteignait le volume d'un œuf, on lui avait conseillé l'emploi du pessaire à air de Gariel. Elle avait dû renoncer à faire usage de cet agent de contention, au-dessous duquel la tumeur ne manquait pas aussitôt de s'échapper. Elle s'était bien mieux trouvée de l'usage d'une simple éponge.

Dans l'examen auquel je me livrai, à la date ci-dessus, je constatai un long repli flottant, occupant presque toute la hauteur de la paroi postérieure du vagin à sa partie moyenne. (Amplitude transversale exagérée du vagin.)

Ne voyant dans cette particularité aucun motif d'alarme, j'attendis avec confiance la solution de la grossesse.

Le 10 juillet, à 10 heures et demie du soir, rupture

spontanée et sans douleur de la poche des eaux. A 2 heures du matin, se déclarérent les premiéres mouches. A 6 heures, les douleurs ayant pris quelque acuité, je fus appelé auprés de la malade.

La dilatation de l'orifice cervical ne mesurait que 0,02 de diamétre. J'attendis une heure pour me rendre compte de la marche du travail. Les douleurs étaient molles et trés espacées. Le col ne gagnait rien en perméabilité. Fallait-il abandonner la nature à ses propres forces, ou lui venir en aide, pour hâter le terme de la délivrance ? Disposant de moyens aussi efficaces qu'inoffensifs, j'adoptai sans hésiter ce dernier parti, auquel j'ai eu maintes fois recours avec les plus grands avantages.

Donc, á 7 heures du matin, j'introduisis, dans l'ampoule vaginale, mon ballon hydrostatique, que je gonflai avec un demi-litre d'eau froide.

Au bout de 10 minutes, les douleurs s'établirent fortes et régulières, á une portée de 3 á 6 minutes.

A 7 heures et demie, sous l'effort d'une contraction, s'opéra la rupture de la mince ampoule de caoutchouc.

A huit heures, application d'un nouveau ballon, que j'enlevaí à plusieurs reprises, pour surveiller la marche du travail.

La dilatation s'était effectuée promptement et la tête n'avait pas tardé á plonger dans l'excavation. Alors survint une complication avec laquelle j'eus bientôt à compter sérieusement.

A chaque douleur, une tumeur de plus en plus volumineuse vint proéminer à la vulve. Le toucher me permit de reconnaître aisément que cette véritable hernie était formée par l'issue de la paroi postérieure gauche du vagin.

Je m'empressai de remettre en place mon ballon hydrostatique, avec l'espoir de refouler la paroi procidente. Vain espoir ! A chaque retrait du ballon opéré de temps á autre, pour me rendre compte de l'état des choses, il me fut donné de constater que, plus la tête descendait, plus volumineuse devenait la tumeur, en même temps de moins en moins réductible.

A 10 heures, la tête était au-dessus des ischions. Au moment des douleurs, la tumeur, je l'ai dit, située dans l'aire postéro-latérale gauche de la vulve, atteignait le volume du poing d'un adulte.

L'inquiétude me prit. Sous l'influence de douleurs violentes et prolongées, n'étais-je pas fondé à redouter la rupture de cette tumeur, de plus en plus distendue ?

Pour deux raisons, je crus bon de terminer au plus vite artificiellement le travail, sa prolongation devenant un danger, eu égard à la répétition des douleurs. En opérant artificiellement l'extraction, non seulement j'arrivais à abréger très sensiblement la durée de la parturition, mais encore, en portant l'effort sur l'arcade pubienne, je pouvais protéger la tumeur au moment du passage de la tête.

Tels furent les motifs qui m'engagèrent à procéder à une application du rétroceps, qui fut posé et articulé avec sa facilité ordinaire. A chaque retour des contractions, j'effectuai de douces tractions avec trois doigts de la main droite, m'efforçant, de la gauche, dans l'intervalle des douleurs, de repousser la tumeur, toujours réductible sans aucun gargouillement.

Ce travail, que je n'effectuai pas sans ressentir de grandes appréhensions, se prolongea environ pendant 20 minutes. Dans la dernière phase, deux particularités vinrent encore, à une première impression, m'inspirer quelque inquiétude.

Une lanière, longue de 0 m. 20, large de 0 m. 01, se présenta à la vulve. « Ah ! Monsieur, me dit à l'oreille la garde qui m'assistait, *voilà le boyau crevé.* » J'enlevai la lanière, qui n'était autre qu'un limbe membraneux, détaché par le fait du passage de la tête.

Un instant après, une matière noire venait souiller l'orifice vulvaire. Ne s'était-il pas produit une rupture de l'intestin hernié ? Ces matières étaient sans odeur. Elles n'étaient constituées que par du méconium.

L"enfant, un fort garçon, vient au monde à moitié asphyxié. Le cordon était jeté en sautoir sur une épaule.

Le reste de l'accouchement n'a présenté aucune circonstance digne d'être notée.

Le rétablissement de la mère a été rapide. Depuis son accouchement, elle reste affectée, comme ci-devant, de son prolapsus vaginal qu'elle continue à maintenir au moyen d'une éponge.

Les cas de cystocèle vaginale ne sont pas rares. Il n'en est pas ainsi des rectocèles assez volumineuses pour mettre obstacle au passage de la tête et pour donner lieu à des appréhensions sérieuses à la dernière phase du travail. Dans les recherches nombreuses auxquelles je me suis livré, je n'ai relevé aucun exemple de ce genre. Pour cette raison, je pense que cette observation sera accueillie avec intérêt.

La rectocèle vaginale, bien plus que la cystocèle, est susceptible d'exciter les appréhensions de l'accoucheur. La dernière, au moment des contractions, est toujours aisément réductible. Il suffit de repousser avec les doigts la tumeur au-dessus du pubis, par une manœuvre analogue à celle que l'on effectue sur la lèvre cervicale antérieure, pour opérer artificiellement, à un moment donné, le décoiffement de la tête.

Mais une telle manœuvre, aisée à exécuter en arrlère du pubis, en un point où l'action du doigt est aussi sûre que facile, n'est plus praticable à la région opposée du pelvis. Pour réduire de la même façon la tumeur, il faudrait la refouler au-dessus du promontoire. Or, il ne faut pas l'oublier, l'étendue de la paroi postérieure curviligne du bassin, de l'angle de Carus à la commissure antérieure du périnée non distendu, est environ de 0 m. 14 à 0 m. 15. Il n'y a donc pas à songer à cette réduction artificielle.

L'intervention, telle que je l'ai mise en œuvre, ne pouvait présenter rien de compromettant pour la malade. Les tractions faites avec les plus grands ménagements, au moyen de deux ou trois doigts, n'ont été effectuées qu'au retour des douleurs, afin de les rendre plus fructueuses. Ce concours, absolument inoffensif dans ses effets, en réduisant très sensiblement le nombre des contractions, ne devait-il pas atténuer d'autant les dangers d'une rupture, sinon probable, du moins possible ?

L'événement a répondu à mon attente. Le travail était languissant ; à 7 heures du matin, la dilatation cervicale n'excédait pas 0 m. 02. Grâce à un travail artificiel prudemment conduit, l'accouchement se terminait à dix heures et demie, par l'extraction d'un enfant vivant.

# TABLE DES MATIÈRES.

Pages.

Introduction. . . . . 5
De l'emploi du ballon hydrostatique et de ses applications dans la pratique obstétricale. . . . . 10
Le rétroceps et la méthode rétrocépitale. . . . . 28
La traction concentrique obstétricale. . . . . 43
La traction mécanique obstétricale. . . . . 52

DYSTOCIE MATERNELLE.

**I. — Obstacles apportés par les parties molles.** 65
§ 1. — Étroitesse extrême de la vulve; rigidité du périnée. . . . . 65
§ 2. — Membranes cicatricielles du vagin. . . 69
§ 3. — Cloisonnement longitudinal complet du vagin. . . . . 72
§ 4. — Oblitération complète du méat utérin. . . 75
§ 5. — Défaut de dilatation de l'orifice cervical. 76
§ 6. — Du développement exagéré du tissu cellulaire, dans ses rapports avec la dystocie. 83
§ 7. — Myomes utérins. . . . . 88
§ 8. — Distension exagérée de l'utérus, comme cause de dystocie. . . . . 89
§ 9. — De l'éclampsie puerpérale. . . . . 92
§ 10. — Placenta prœvia. . . . . 101
**II. — Obstacles apportés par un vice de conformation du bassin.** . . . . . 111
§ 1. — Rétrécissement du détroit inférieur. . 111
§ 2. — Rétrécissement du détroit supérieur. . 115
I. — Rétrécissements franchissables du détroit supérieur. . . . . 118
II. — Rétrécissements infranchissables id. . . 126
Courte excursion dans l'arsenal obstétrical, concernant la pratique de la céphalotripsie. 130

## DYSTOCIE FŒTALE.

Pages.

§ 1. — Dystocie céphalique. . . . . 144

**1° — Dystocie céphalique, tête première. . . 144**

§ 1. — La position de la tête est inconnue. . . 144

§ 2. — Positions diagonales de la tête. . . . 146

§ 3. — Présentation du pariétal. . . . . 150

§ 4. — Positions occipito-postérieures. . . . 153

§ 5. — Présentations de la face et de l'oreille. 247-156

§ 6. — Hydrocéphalie, tête première. . . . . 163

Id tête dernière. . . . . 176

**2° — Dystocie céphalique, tête dernière. . . 169**

Tête dernière, avec intégrité du produit de la conception. . . . . 170

**1° Extraction de l'enfant par les manœuvres manuelles. . . . . 170**

**2° Manœuvres instrumentales permettant d'extraire l'enfant indemne de toute lésion traumatique. . . . . 173**

**3° Manœuvres instrumentales entraînant la mutilation préalable de l'enfant. . . . 181**

§ 1. — Tête dernière, décollation artificielle. . 181

§ 2. — Tête dernière, après décollation artificielle. 184

§ II. — Dystocie pelvienne. . . . . 186

**Présentation du siège. . . . . 248-186**

§ III. — Dystocie spondylienne.
(*Présentations transversales*). . . . . 196

**1° — De la version. . . . . 197**

1° Version par manœuvres externes. . . . . 197

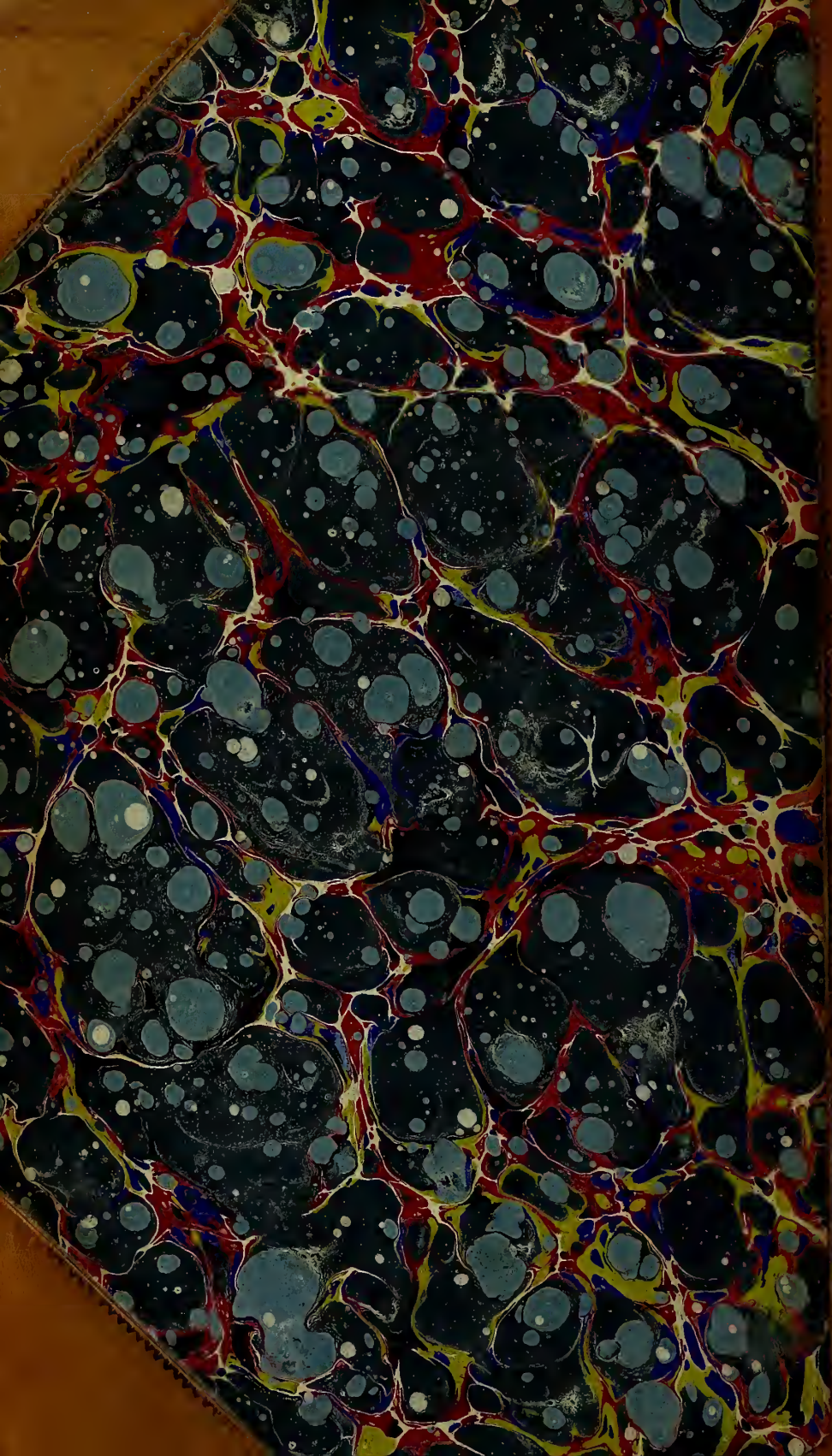
2° Version céphalique. . . . . 198

3° Grande version . . . . . 200

**2° — Des présentations de l'épaule, avec ou sans issue du bras. . . . . 211**

**3° — De la décollation, de la détroncation, de l'éviscération, de la spondylotomie, dans les présentations transversales. . . . . 219**

§ IV. — Brièveté du cordon ombilical. . . . . 231

§ V. — Gracilité du cordon ombilical. , . . . . 246

§ VI. — Rectocèle vaginale. . . . . 252